



ევროკავშირი
საქართველოსთვის

პროექტი CPR
პროექტი პრევენცია უფლებები

სტიმულატორების მოხმარების მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

ეს პუბლიკაცია მომზადდა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის (ევროკავშირის საგარეო საქმიანობათა საგრანტო ხელშეკრულება #ENI/2021/429-043-ის საფუძველზე) „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში.

მის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელია ავტორთა ჯგუფი და შესაძლოა, რომ იგი არ გამოხატავდეს ევროკავშირის შეხედულებებს.

გაიდლაინი მომზადებულია მულტიპროფილური ჯგუფის მიერ, რომელიც შეიქმნა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის (ევროკავშირის საგარეო საქმიანობათა საგრანტო ხელშეკრულება #ENI/2021/429-043-ის საფუძველზე) „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში

ავტორთა ჯგუფი:

დავით ოთიაშვილი M.D., Ph.D., ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

ირმა კირთაძე M.D., Ph.D., ექიმი-ფსიქიატრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

გვანცა ფირალიშვილი M.D., Ph.D., ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი.

თამარ სირბილაძე M.D., ექიმი-ნარკოლოგი, საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ მთავარი ექსპერტი.

თამარ მღებრიშვილი M.A. ადიქციის კვლევების მაგისტრი/ადიქტოლოგი; დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი ალტერნატივა ჯორჯია.

მარიამ შეროზია M.A. ადიქციის კვლევების მაგისტრი/ადიქტოლოგი; დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი ალტერნატივა ჯორჯია.

გაიდლაინის რეცენზენტები:

ხათუნა თოდაძე MD. PhD., მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ნარკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი.

ელენე კავსაძე MD. PhD., ექიმი ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ნარკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი

სარჩევი

შესავალი.....	7
გაიდლაინის მიზანი	7
გაიდლაინის მნიშვნელობა.....	7
პრობლემის აქტუალობა	9
გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები	9
გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა	10
გაიდლაინის მიღების წყარო.....	10
გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები.....	10
სტიმულატორების ეფექტები	11
სტიმულატორების მოქმედების მექანიზმი	11
სტიმულატორების ზოგადი ეფექტები	12
ფსიქოლოგიური და ნეიროკოგნიტური ეფექტები.....	14
კოკაინი.....	15
მიღების გზები	15
ფარმაკოლოგია	16
მწვავე ფიზიოლოგიური ეფექტები	17
მწვავე ფსიქოლოგიური ეფექტები.....	17
ქრონიკული ფიზიოლოგიური ეფექტები	18
ქრონიკული ფსიქოლოგიური ეფექტები.....	19
მეთამფეტამინი.....	19
მიღების გზები	19
ფარმაკოლოგია	19

მწვავე ფიზიოლოგიური ეფექტები	20
მწვავე ფსიქოლოგიური ეფექტები.....	20
ქრონიკული ფიზიოლოგიური ეფექტები	21
ქრონიკული ფსიქოლოგიური ეფექტები.....	21
სტიმულატორების მოხმარების ეტაპები.....	22
ფსიქო-მოტორული გამოფიტვა (crash) და აღკვეთის სინდრომის ეტაპი	24
სტიმულატორების ეფექტებისადმი ტოლერანტობა/მგრძნობელობა.....	27
სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზი	28
რეკომენდაციები	31
რეკომენდაციები შეფასებისთვის	31
რეკომენდაციები ქცევითი თერაპიის შესახებ	32
რეკომენდაციები ტექნოლოგიებზე დაფუძნებული ჩარევებისთვის.....	34
ფარმაკოთერაპიული რეკომენდაციები.....	35
რეკომენდაციები მედიკამენტებთან დაკავშირებით, რომლებიც არ მიეკუთვნება ფსიქოსტიმულატორთა ჯგუფს	35
რეკომენდაციები მედიკამენტებთან დაკავშირებით, რომლებიც მიეკუთვნება ფსიქოსტიმულატორთა ჯგუფს	37
თანმხლები ფსიქიკური დაავადებები: ზოგადი მართვის რეკომენდაციები	41
რეკომენდაციები სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისა და ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის აშლილობის (ADHD) ერთდროული მართვის შესახებ	42
სპეციფიკურ პოპულაციებზე მორგებული რეკომენდაციები	43
რეკომენდაციები სტიმულატორებით ინტოქსიკაციასა და აღკვეთასთან დაკავშირებით	47
რეკომენდაციები მეორადი და მესამეული პრევენციისათვის	54
სამკურნალო გარემოს მახასიათებლები.....	59

აუდიტის კრიტერიუმები.....	61
დანართი 1. მედიკამენტები სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის მართვისთვის.....	63
დანართი 2. წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის მიდგომის გამოყენება...	67
გამოყენებული ლიტერატურა.....	69

შესავალი

გაიდლაინის მიზანი

წინამდებარე კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) მიზანია სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მართვის სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისებისთვის.

გაიდლაინი მიზნად ისახავს, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელ პირებთან მომუშავე სპეციალისტები აღჭურვოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციით, რაც მათ დაეხმარება, მართონ სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული სხვადასხვა მდგომარეობა.

გაიდლაინის შინაარსი საინტერესო იქნება სერვისების მიმწოდებელი პერსონალისთვის, მიმღები ბენეფიციარებისთვის, მომვლელებისა და სხვა დაინტერესებული პირებისთვის, ვისაც აქვს კონტაქტი სერვისებთან. აღნიშნული დოკუმენტი შეიქმნა, რათა ხელი შეუწყოს:

- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, საუკეთესო პრაქტიკის გავრცელებას;
- ხარისხიანი და თანმიმდევრული სერვისების მიწოდებას;
- მოვლის ხარჯთეფექტურ მოდელებს და არსებული ფინანსური სახსრების საუკეთესოდ გამოყენებას.

გაიდლაინის მნიშვნელობა

2022 წლის მონაცემებით, მსოფლიოს მასშტაბით დაახლოებით 292-მა მილიონმა ადამიანმა - 18 ადამიანიდან ერთმა - მოიხმარა ნარკოტიკული საშუალება ბოლო წელს, რაც 20%-იანი ზრდაა ბოლო ათ წელში (UNODC, 2024). მათგან 16%-მა მოიხმარა ოპიატების ტიპის ნარკოტიკული საშუალება, ხოლო 28%-მა - ექსტაზი/მდმა, 25%-მა - ამფეტამინები და 24%-მა - კოკაინი. რამდენიმე ფსიქოაქტიური ნივთიერების ერთდროული მოხმარება გავრცელებული მახასიათებელია ნარკოტიკების მომხმარებლებში. აგრეთვე, 31 მილიონ ადამიანს, რომელიც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს მოიხმარს, აქვს ამ ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული სხვადასხვა აშლილობა. ეს კი მიუთითებს იმაზე, რომ მათ მიერ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება იმდენად საზიანოა, რომ ესაჭიროებათ მკურნალობა.

2018 წლის “ავადობის გლობალური ტვირთის” მონაცემებით, დაახლოებით 27 მილიონი უუნარობის შედეგად დაკარგული წლები (DALY – Disability Adjusted

Life Year) დაკავშირებულია ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობასთან, რომელთა შორის უმეტესობა უკავშირდება ოპიოიდების მოხმარებას. დაახლოებით 1.2 მილიონი დაკარგული წელი (DALY) ასოცირდება ამფეტამინის მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობასთან და მილიონზე ნაკლები წელი - კოკაინის მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობასთან.

სტიმულატორების ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი - მათ შორის კოკაინის, მეთამფეტამინის, ამფეტამინისა და რეცეპტით გამოწერილი სტიმულატორების - უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში ერთბაშად გაიზარდა. აშშ-ში 2012 და 2021 წლებს შორის, კოკაინის ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი გახუთმაგდა (2012 წელს 1.4 შემთხვევიდან 100 000-ზე - 7.3 შემთხვევამდე 2021 წელს, საშუალოდ 21%-იანი წლიური ზრდით). იმავე პერიოდში, მეთამფეტამინით, ამფეტამინითა და რეცეპტით გამოწერილი სტიმულატორებით გამოწვეული სიკვდილის ოდენობა 12-ჯერ გაიზარდა 100,000 მოსახლეზე 0.8 შემთხვევიდან (2012 წელს) 10.0 შემთხვევამდე (2021 წელს). ბაზარზე ახალი და დიზაინერული ნარკოტიკების (მაგალითად, კათინონები, ამფეტამინები) უეცარი ზრდა ართულებს კლინიკურ სურათს.

საერთაშორისო მასშტაბით, მაშინ, როდესაც კოკაინის მოხმარების გავრცელება შედარებით უცვლელია, კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის, მეთამფეტამინის მოხმარების და მისი მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მაჩვენებლები იზრდება. დამატებით, გაზრდილია მოხმარებასთან ასოცირებული რისკებიც, რომლებიც უკავშირდება არალეგალური სტიმულატორების მზარდ სიძლიერეს და სტიმულატორების ოპიოიდებთან კომბინირებული მოხმარების მომატებასაც, რომელსაც შეუძლია დაამძიმოს ტოქსიკურობა. ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე ადამიანების მზარდი რაოდენობა ასევე მოიხმარს სტიმულატორებს. თუმცა, ზოგი შესაძლოა არ იყოს ინფორმირებული იმის შესახებ, რომ სტიმულატორები, რომლებსაც მოიხმარს, ფენტანილითა და სხვა ოპიოიდებით არის დაბინძურებული.

2021 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების მასშტაბით ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილის 50% უკავშირდებოდა სტიმულატორებს (ხშირ შემთხვევაში, ოპიოიდებთან ერთად), 23% - კოკაინს, ხოლო 30% გამოწვეული იყო ფსიქოსტიმულატორებით (უმეტესწილად მეთამფეტამინით). გარდა სიკვდილის რისკისა, სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობას შეუძლია ჯანმრთელობის ისეთი გრძელვადიანი პრობლემების გამოწვევა, რომლებიც უკავშირდება გულის, ფილტვის, ფსიქიატრიულ, სტომატოლოგიურ, დერმატოლოგიურ და კვებით დარღვევებს, ასევე კოგნიტურ დარღვევებს. დამატებით, სტიმულატორების ინექციური მოხმარება ადამიანებს აყენებს

ინფექციური დაავადებების რისკის წინაშე, მათ შორის, აივ ინფექცია/შიდსის და ვირუსული ჰეპატიტების, აგრეთვე სხვა ინფექციური გართულებების წინაშე, როგორცაა ინფექციით გამოწვეული ენდოკარდიტი.

პრობლემის აქტუალობა

საქართველოში სტიმულატორების მოხმარების შესახებ მონაცემები მწირია. ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების (ნიმ) ქცევაზე ზედამხედველობის ბოლო კვლევის თანახმად, ამ პოპულაციაში 10% მოიხმარს ამფეტამინს (ბოლო 30 დღის მოხმარება), ამდენივე მოიხმარს მეთამფეტამინს და კუსტარულად (ეფედრის ბუჩქიდან) დამზადებულ მეთამფეტამინს (Health Research Union, 2022). აღსანიშნავია, რომ სტიმულატორები გაცილებით უფრო მეტად გავრცელებულია ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების (ნიმ-ების) შედარებით ახალგაზრდა სეგმენტში (<35). სტიმულატორების მოხმარება ასევე აქტიურად ხდება ღამის ცხოვრების კონტექსტში, კერძოდ ამფეტამინის და მეთილენდიოქსიმეთამფეტამინის (MDMA) (Subeliani et al., 2020). თუმცა, ამ ფენომენის გავრცელების თაობაზე სრულყოფილი, სანდო ინფორმაცია არ არსებობს.

გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები

გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციები ვერ შეცვლის პროფესიულ ცოდნასა და კლინიკურ ანალიზს. მოწოდებული კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაცია არ წარმოადგენს პრობლემის მართვის უპირობო რეცეპტს, არამედ იგი ეფუძნება ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებს, რომლებიც უნდა მიესადაგოს ადგილობრივ საჭიროებებს, არსებულ რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს.

გაიდლაინის გამოყენებისას მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ გარკვეული ინტერვენციის ეფექტურობის შესახებ ემპირიული მონაცემების არარსებობა არ ნიშნავს ამ ინტერვენციის არაეფექტურობას. ამასთან, აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის უზრუნველყოფა ხდება სხვა ღონისძიებებთან კონტექსტში. ეს ღონისძიებები ითვალისწინებს შესაბამისი ინტერვენციის სათანადოდ ორგანიზებასა და პაციენტის ჩართვას მკურნალობის პროცესში. მოვლის სათანადოდ ორგანიზება იმისთვის, რომ პაციენტთან დავამყაროთ და შევინარჩუნოთ კარგი თერაპიული ურთიერთობა, ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც შეთავაზებული მკურნალობა.

გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება შესაძლოა მოხდეს მისი დანერგვიდან 3-5 წლის ვადაში.

გაიდლაინის მიღების წყარო

- გაიდლაინი მომზადებულია მულტიპროფილური ჯგუფის მიერ, რომელიც შეიქმნა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის (ევროკავშირის საგარეო საქმიანობათა საგრანტო ხელშეკრულება #ENI/2021/429-043-ის საფუძველზე) „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში. გაიდლაინზე მუშაობა მიმდინარეობდა 2024 წლის იანვარი-მაისში. მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, გაიდლაინის ავტორებმა მოიძიეს შესაბამისი ლიტერატურა სხვადასხვა სამეცნიერო ბაზების გამოყენებით - The Cochrane Library, Pubmed, PsycINFO, APA practice guidelines, NICE guidance. სახელმძღვანელო დიდწილად ეფუძნება 2023 წელს გამოცემულ ამერიკის დამოკიდებულების მედიცინის საზოგადოების და ამერიკის დამოკიდებულების ფსიქიატრიის აკადემიის ერთობლივ კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოს The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder (American Society of Addiction Medicine, 2023). გამოყენებული ლიტერატურა თან ერთვის გაიდლაინს.

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- გაიდლაინის გავრცელება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებასთან დაკავშირებული სერვისების მიმწოდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში საქართველოს მასშტაბით;
- გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (www.moh.gov.ge) ვებ-გვერდზე;

- გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
- გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

სტიმულატორების ეფექტები

სტიმულატორების მოქმედების მექანიზმი

დროის ხანმოკლე პერიოდში, სტიმულატორები საკუთარი ეფექტებით აზიანებს ან ცვლის ნორმალურ კომუნიკაციას ტვინის ნეირონებსა და ნერვულ ქსელებს შორის. კოკაინიც და მეთამფეტამინიც იწვევს დოფამინის ნეიროტრანსმისიის სისტემის დაზიანებას, კოკაინი არაპირდაპირი გზით და მეთამფეტამინი როგორც არაპირდაპირი, ისე - პირდაპირი გზით. ორივე ნივთიერებას შეუძლია, შეაკავოს დოფამინის უკუმიტაცება და გააძლიეროს მისი გამოყოფა პრესინაფსური ნეირონის მიერ, რაც, საბოლოოდ, სინაფსურ ნაპრალში დოფამინის ჭარბი რაოდენობით დაგროვების მიზეზია. შესაბამისად, სტიმულატორების მოხმარება თავის ტვინში თავისუფალი დოფამინების რაოდენობას ზრდის. ხოლო დოფამინის მაღალი დონე ტვინში ზოგადად აუმჯობესებს განწყობას და ზრდის სხეულის მოძრაობას (მოტორულ აქტივობას) და მოტივაციას. ზედმეტ დოფამინს, ასევე, შეუძლია გამოიწვიოს ისეთი სიმპტომები, რომლებიც შიზოფრენიის პოზიტიურ სიმპტომებს უტოლდება (მაგალითად, ბოდვა, ჰალუცინაციები, პარანოია). კოკაინის ეფექტები ზოგადად ხანმოკლეა, თუმცა მეთამფეტამინის ეფექტები საკმაოდ ხანგრძლივად ნარჩუნდება. როგორც კი ტვინში სტიმულატორების დონე მცირდება, დოფამინის დონეც ნორმალურ დონემდე მცირდება და სასიამოვნო განცდებიც იკლებს. სტიმულატორების განმეორებითი მოხმარებისას, დოფამინის რეზერვი ტვინში დროებით იცლება, რაც საბოლოოდ ვლინდება დეპრესიული და გადაღლის სიმპტომებით, რომლებიც ალკვითის მდგომარეობასთან ასოცირდება.

გარდა ამისა, სტიმულატორის გამოყენება იწვევს ტვინში ნორეპინეფრინის გამოყოფას, რომელიც ხელს უწყობს განწყობის, ყურადღების, სწავლის, მეხსიერების და აგზნების რეგულირებას და, შესაძლოა, გარკვეული როლი შეასრულოს ალკვითის მდგომარეობის განვითარებაში. ნეიროტრანსმიტერი სეროტონინი გავლენას ახდენს განმტკიცებაზე, მოტივაციაზე, სწავლასა და მეხსიერებაზე და შეუძლია როლი შეასრულოს დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში იმით, რომ ადამიანს უფრო მოწვევლადს გახდის ნივთიერებების კომპულსური (და არაკონტროლირებადი) მოხმარების მიმართ, განსაკუთრებით

გენეტიკური დაუცველობის მქონე პირებში (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

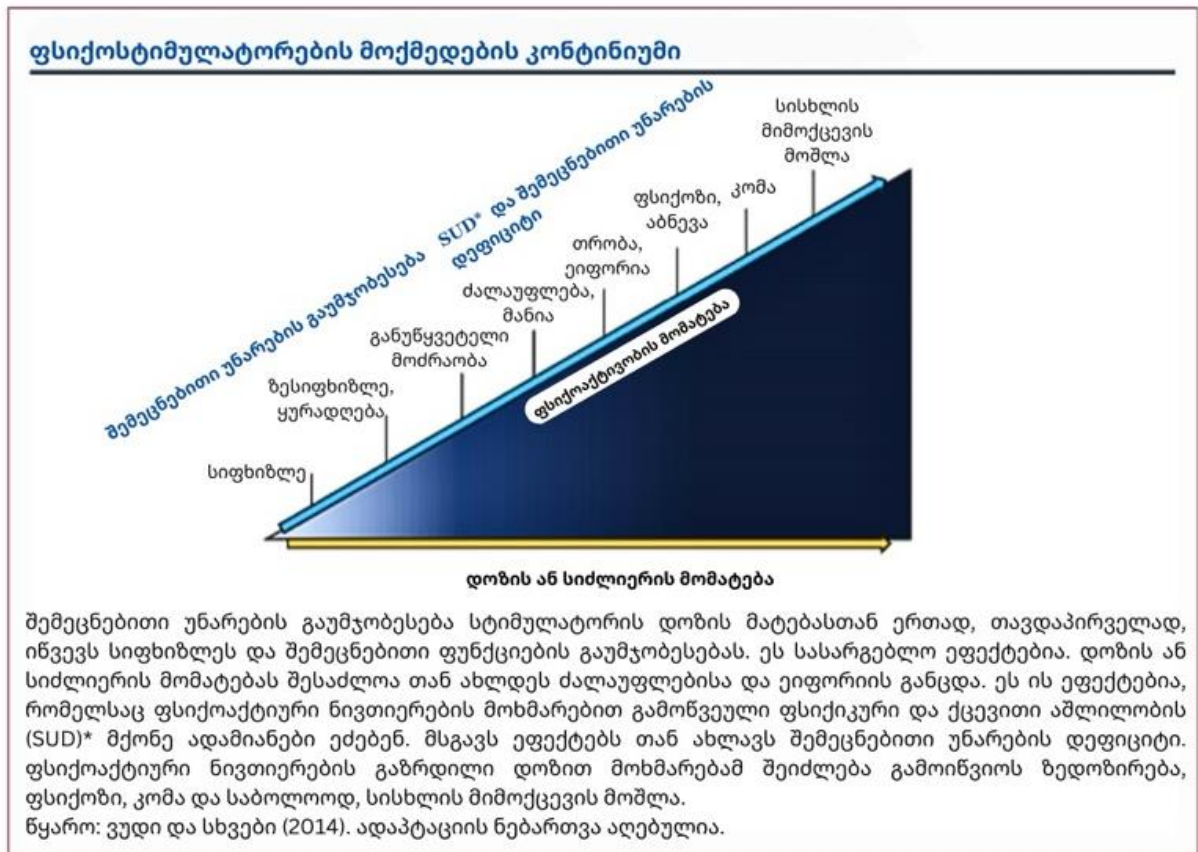
სტიმულატორების ზოგადი ეფექტები

კვლევებით ნაჩვენებია, რომ სტიმულატორები თავის ტვინში თავისუფალი დოფამინის რაოდენობას ზრდიან. რაც უფრო დიდია ნივთიერების დოზა, მით უფრო მეტია მომხმარებლის მიერ სიფხიზლის, მანიისა და ეიფორიის განცდა. როგორც კი დოფამინის დონე და სასიამოვნო შეგრძნებები იკლებს, მომხმარებელს უჩნდება ინტენსიური სურვილი, განიცადოს იგივე შეგრძნებები ნივთიერების დამატებითი დოზის მიღებით. ზოგადად, როგორც სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისას, ასევე სტიმულატორების მოხმარებით განპირობებული აშლილობების შემთხვევაშიც, დამახასიათებელია განმეორებითი დოზების მიღების ტენდენცია. სტიმულატორების ნახევარდაშლის პერიოდი დამოკიდებულია თავად ნარკოტიკზე. ბუნებრივად წარმოებულ კოკაინს ბევრად ნაკლები ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს (დაახლოებით 60 წუთი), მაშინ, როდესაც სინთეზური მეთამფეტამინის ნახევარდაშლის პერიოდი დაახლოებით 10 საათს უტოლდება. განმეორებითი მოხმარება ხშირად სრულდება არახელსაყრელი შედეგებით, რაც შეიძლება მოიცავდეს ნეიროფსიქოლოგიური ფუნქციების დარღვევას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებსა და დასუსტებულ ფიზიკურ ჯანმრთელობას. ყოველივე ამან, შესაძლოა, უარყოფითი ზეგავლენა იქონიოს სამსახურეობრივი მოვალეობების შესრულებაზე, სოციალურ და ოჯახურ ურთიერთობებზე, ამასთანავე იზრდება დაპატიმრებისა და სამართალდარღვევებთან დაკავშირებული სხვა რისკები.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მცირე და გაკონტროლებული დოზებით სტიმულატორები შესაძლოა გამოიყენებოდეს სამედიცინო მიზნებით სიფხიზლის ამალღებისთვის, ყურადღების ფოკუსირებისა და კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებისთვის (სურათი 1). შესაძლოა, ამით აიხსნას რეცეპტით გამოწერილი სტიმულატორების საზიანო მოხმარება - განსაკუთრებით, სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში, რომლებიც სტიმულატორებს იყენებენ კონცენტრაციისა და სიფხიზლის ასამალღებლად, რასაც თავად აღიქვამენ, როგორც დამხმარე საშუალებას მეცადინეობასა და აკადემიური საქმიანობებისათვის. დოზების ზრდა, ნივთიერების სიძლიერე და ხშირი მოხმარება ზრდის ფსიქოსტიმულაციას და შესაძლოა საბოლოოდ კოგნიტური ფუნქციების დარღვევა გამოიწვიოს, რაც ხშირად კორელაციაშია სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობასთან. შედარებით მაღალი დოზებით მოხმარებისას, სტიმულატორებს შეუძლია გამოიწვიოს სერიოზული სამედიცინო გართულებები,

მათ შორის კომა და სისხლის მიმოქცევის სისტემის ჩამოშლა, ან, თუნდაც, სიკვდილი. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებში, თავის ტვინში არსებული დამაჯილდოებელი სისტემის დარღვევები, რომლებიც იწვევს კოგნიტური და ნეიროფსიქიატრიული ფუნქციების პრობლემებს, შესაძლოა შენარჩუნდეს სტიმულატორების მოხმარების შეწყვეტის შემდეგაც. სტიმულატორების ეფექტების განცდის ძლიერი სურვილი ნარჩუნდება მას შემდეგაც, რაც თავშეკავება არის მიღწეული, შესაბამისად, მოხმარების განახლების ალბათობა მაღალია.

სტიმულატორების გამოყენებასთან დაკავშირებული ზიანის უმეტესობა ასოცირებულია ინტენსიურ, მაღალი დოზებით ან ხანგრძლივ მოხმარებასთან. შეყვანის გზაც ასევე მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი ფაქტორია. სტიმულატორის ინექციით მოხმარება, ასევე კრეკ კოკაინის ან მეტამფეტამინის მოწევა, განსაკუთრებით დაკავშირებულია გამოყენების უფრო პრობლემურ მახასიათებლებთან. სტიმულატორების მაღალი დოზებით და ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვთა სერიოზული პრობლემები, როგორიცაა ინსულტი, კარდიომიოპათია და მიოკარდიუმის ინფარქტი (European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).



ფსიქოლოგიური და ნეიროკოგნიტური ეფექტები

სტიმულატორების მიღების შემდეგ დაუყოვნებელი ფსიქოლოგიური ეფექტები მოიცავს კეთილდღეობის ამაღლებულ განცდას, ეიფორიას, ემოციურ აგზნებასა და სიფხიზლეს, აგრეთვე მოტორულ აქტივობას, დაახლოებით ისეთს, როგორც ეს მანიის მდგომარეობის დროს გამოიხატება. სტიმულატორები ასევე ამცირებს მადას და შესაძლოა იწვევდეს ძილის დარღვევებს. მაღალი დოზებით მოხმარებისას, განსაკუთრებით ძილის დეპრივაციის მდგომარეობაში, შესაძლოა იწვევდეს მოუსვენრობას, აგზნებას და მეტად ღრმა ფსიქოლოგიურ გამოვლინებებს, მათ შორის, რეალობის დამახინჯებულ აღქმასა და ჰალუცინაციებს. სტიმულატორების მოხმარებითა და მოხმარების შეწყვეტით გამოწვეული ალკეითის მდგომარეობის ქრონიკული ეფექტები შესაძლოა მოიცავდეს პარანოიას, ფსიქოზს, დეპრესიას და/ან სუიციდურ აზრებს.

კოკაინი

კოკაინი არის ალკალოიდი, ის ბუნებრივად გვხვდება კოკას ბუჩქის ფოთლებში, რომელიც იზრდება სამხრეთ ამერიკის მთიან რეგიონებში. ფოთლები შეიძლება დამუშავდეს სხვადასხვა ქიმიკატების გამოყენებით კოკაინის (კოკა) პასტის წარმოებისთვის, რომელიც შეიცავს სუფთა კოკაინის ალკალოიდის მაღალ კონცენტრაციას. კოკას პასტის მოწევა შესაძლებელია, მაგრამ ის ძირითადად გამოიყენება კოკაინის სხვა ფორმების დასამზადებლად. კოკაინი შეიძლება გარდაიქმნას მარილის ფორმად მჟავასთან შერევით (კოკაინის ჰიდროქლორიდი). კოკაინის მარილი, ფხვნილის სახით, შეიძლება გამოიყენონ შეყნოსვით, ღრძილზე წასმით ან წყალში გახსნით და ინექციით. მარილმჟავას ნეიტრალიზების მიზნით კოკაინის ჰიდროქლორიდის რომელიმე ფუძით დამუშავებით, მიიღება კოკაინის თავისუფალი ფუძე. ასეთი გზით მიღებული კოკაინი არ შეიცავს მჟავას (აქედანაა სახელწოდება “თავისუფალი ფუძე” ან კოკაინური ფუძე), კარგად იხსნება გამხსნელში (ეთერში), რის შედეგადაც კრისტალდება. ამის შემდეგ, კრისტალებს ამტვრევენ და ეწევიან სპეციალური შუშის მილაკით. თავისუფალი ფუძის მოწევა უფრო ძლიერ აგზნებას იწვევს, ვიდრე კოკაინის ჰიდროქლორიდის მოხმარება.

კრეკი - არასუფთა კოკაინია, რადგან მისი მიღების დროს, ნატრიუმის ბიკატბონატი (საჭმლის სოდა) რჩება მარილის სახით და აქვეითებს კოკაინის ჰიდროქლორიდის სისუფთავეს. “კრეკს” უწოდებენ იმიტომ, რომ ნატრიუმის ბიკარბონატის ნარჩენები ამ ნივთიერების მოწევის პროცესში იწვევს ტკაცუნს (ინგ. – Crack - ტკაცუნი). კოკაინის ეს ფორმა წყალში არ იხსნება, ამიტომ მისი ინექციით მოხმარება შეუძლებელია, მაგრამ მისი გაცხელება შესაძლებელია, რადგან ის ადვილად დნება და გარდაიქმნება ორთქლად, რომელიც შემდეგ შესაძლებელია შეისუნთქონ ფილტვებში (UNODC, 2019).

მიღების გზები

კოკაინი ყველაზე ხშირად მიიღება ნაზალური შეყნოსვით, ინტრავენური ინექციით ან მოწევით. უფრო ნაკლებად - ორალურად, ვაგინალურად, რექტალურად და ენის ქვეშ. კოკაინის ნახევარდაშლის პერიოდი დაახლოებით 60 წუთია, თუმცა შესაძლოა, მერყეობდეს 40-90 წუთამდე.

ცხრილი 1. კოკაინის, მეთამფეტამინისა და რეცეპტით გამოწერილი სტიმულატორების მიღების გზები

მიღების გზა*	ნივთიერების ფორმა	მოქმედების დაწყების ხანგრძლივობა	ნივთიერების ეფექტების ხანგრძლივობა
ორალური	ფხვნილი/ტაბლეტი	• დაახლ. 30 წუთი კოკაინისთვის; • 15-20 წუთი მეთამფეტამინისთვის; • 30-45 წუთი ამფეტამინისა და მეთილფენიდატისთვის	• კოკაინის ეფექტი გრძელდება 45-90 წუთი; • 6-12 საათი გრძელდება მეთამფეტამინის ეფექტი, თუმცა შესაძლოა 24 საათს გაგრძელდეს დიდი დოზების შემთხვევაში (კონცენტრაციის პიკი 3-დან 6-საათამდე);
ინტრანაზალური	ფხვნილი	3 წუთი კოკაინისთვის, 3-5 წუთი მეთამფეტამინისთვის	15-30 წუთი - კოკაინი; 5-15 წუთი - მეთამფეტამინი (კონცენტრაციის პიკი)
ინტრავენური	ხსნარი	5-დან 15 წუთამდე როგორც კოკაინისთვის ისე მეთამფეტამინისთვის	10-20 წუთი - კოკაინი; 4-6 საათი - მეთამფეტამინი
შესუნთქვით / ინჰალაციით	კრისტალები	8-12 წამი კრეკი-კოკაინისთვის; რამდენიმე წუთში მეთამფეტამინისთვის	2-12 წუთი - კრეკი, 8-12 საათი - მეთამფეტამინი
*მონაცემები შეზღუდულია მეთილფენიდატისა და ამფეტამინის ფარმაკოკინეტიკაზე, როდესაც ეს ნივთიერებები ინტრანაზალურად, ინტრავენურად ან შესუნთქვით მიიღება			
წყარო: Ballester et al. (2017); Cruickshank & Dyer (2009); Drug Enforcement Administration, Diversion Control Division (2019a); Hodgkins et al. (2012); National Center for Biotechnology Information (2021); NIDA (2016a, 2019b); Reddy et al. (2020); Steingard et al. (2019).			

ფარმაკოლოგია

კოკაინს ორი მთავარი ფარმაკოლოგიური მოქმედება აქვს. ის მოქმედებს როგორც ადგილობრივი ტკივილგამაყუჩებელი, ასევე, ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულატორი. კოკაინი ადგილობრივ ანესთეზიას ახდენს ნერვულ უჯრედებში სენსორული იმპულსების გატარების დაბლოკვის გზით. ეს ეფექტი ყველაზე მეტად მაშინ შეინიშნება, როცა კოკაინი პირდაპირ კანზე ან ლორწოვან გარსზე დაიტანება. კოკაინის, როგორც ტკივილგამაყუჩებლის, სამედიცინო მიზნით გამოყენება დადასტურებულია თვალის, ყურისა და ყელის ოპერაციების

დროს. როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულატორი, კოკაინი გავლენას ახდენს რიგ ნეიროტრანსმიტერებზე, თუმცა სწორედ დოფამინთან და ლიმბურ დამაჯილდოებელ სისტემასთან ინტერაქცია იწვევს ყველაზე მნიშვნელოვან ეფექტებს, მათ შორის პოზიტიურ განმამტკიცებელ ეფექტებს. კოკაინის მთავარი ეფექტი დოფამინურ სისტემაზე არის მისი უნარი, დაბლოკოს დოფამინის სინაფსური უკუმიტაცება. კოკაინი პირდაპირი გზით არ ასტიმულირებს დოფამინის სისტემას, არამედ ის იწვევს დოფამინური სისტემის სტიმულაციას დოფამინის სინაფსური ნაპრალიდან გასვლის შესუსტებით. კოკაინი, ბლოკავს რა სატრანსპორტო ცილების მიერ დოფამინის უკუმიტაცების პორტებს, ახანგრძლივებს თავისუფალი დოფამინის დაყოვნებას სინაფსურ ნაპრალებში ანუ იზრდება დოფამინის დონე სინაფსურ ნაპრალებში, რაც ზრდის რეცეპტორების სტიმულაციის დონესაც. შედეგად, დოფამინი სინაფსურ ნაპრალებში დაუცველი რჩება და ენზიმებით იშლება, რაც მის სწრაფ ამოწურვას (დეპელაცია) იწვევს.

მწვავე ფიზიოლოგიური ეფექტები

კოკაინის ჭარბი მოხმარება შესაძლოა იწვევდეს სისხლძარღვების შევიწროებას, სხეულის ტემპერატურის, პულსისა და სისხლის არტერიული წნევის ზრდას და გადაღლას. ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლოა დაფიქსირდეს კანკალი, თავბრუსხვევა და კუნთების კრუნჩხვითი შეკრთომები.

მწვავე ფსიქოლოგიური ეფექტები

კოკაინის მოხმარების თავდაპირველ პერიოდში განცდილი ეფექტები უმეტესწილად მოიცავს დადებით გუნებ-განწყობას. ინდივიდების უმეტესობისთვის, მწვავე ეფექტების სუბიექტური განცდა მოიცავს ზოგადად ეიფორიის მდგომარეობას, რომელიც კომბინაციაშია გაზრდილ ენერგიასთან, ლაპარაკის სურვილთან, ფსიქიკურ სიფხიზელსთან და მხედველობის, ხმისა და შეხებისადმი გადაჭარბებულ მგრძნობელობასთან. განგრძობადი და მზარდი მოხმარების შემთხვევაში, მომხმარებელი ხდება მეტად ტოლერანტული პოზიტიური ეფექტებისადმი და მგრძნობიარე - უარყოფითი ეფექტებისადმი, რამაც, შესაძლოა, გაზარდოს ზედოზირების რისკი. კოკაინის მოხმარების პოზიტიური ეფექტები აღარ არის უწინდებურად ინტენსიური და, რადგანაც განმეორებითი ნეგატიური და საზიანო ეფექტების დონე დროთა განმავლობაში იზრდება, იწვევს დისფორიულ და დეპრესიულ მდგომარეობას. მოცემულ, პოზიტიური ეფექტებისადმი ლტოლვისა და ნეგატიური ეფექტების შემცირების უწყვეტ ციკლს, შეუძლია გამოიწვიოს კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა.

ცხრილი 2. სტიმულატორებით გამოწვეული მწვავე ინტოქსიკაციის გავრცელებული ნიშნები და სიმპტომები

ფიზიოლოგიური	ფსიქოლოგიური / ქცევითი
• გაფართოებული გულები • ოფლდენა - ხშირად შემცივნებასთან ერთად • მომატებული არტერიული წნევა • ტაქიკარდია, შესაძლოა თან ერთვოდეს არითმია და ტკივილი გულმკერდის არეში • ჰიპერთერმია (სხეულის მაღალი ტემპერატურა) • შემცირებული მადა, წონის კლება • გულისრევა და ღებინება • სხეულის არაზუნებრივი მოძრაობები • ბრუქსიზმი (კბილების კრაჭუნი) • ძილის დარღვევები • ტრემორი • თავის ტკივილი (იშვიათად)	• ეიფორია, საკუთარი თავის გაძლიერებული აღქმა • მომატებული ენერგია, თავქარიანობა; საკუთარი გონებრივი შესაძლებლობების და მიღწევების გადაჭარბებული აღქმა • აგზნება, მოუსვენრობა, გაღიზიანებადობა • მომატებული „სიფხიზლე“ • დაქვეითებული მადა • გაზრდილი ლიბიდო • შესუსტებული კონცენტრაცია, თუმცა ზოგი ინდივიდი ადასტურებს კონცენტრაციის გაუმჯობესებას • გრანდიოზულობის ბოდვა, გადაჭარბებული თვითშეფასება, ეგოცენტრულობა • დამაბულობა • შიშის ნაკლებობა • იქვნიულობა, ფსიქოზური სიმპტომები (მაგ., პარანოია) • ემოციური მერყეობა პოტენციური ძალადობით, დევნის შეგრძნებით

ქრონიკული ფიზიოლოგიური ეფექტები

არ არსებობს საკმარისი ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რამდენი ხანი სჭირდება თითოეული ინდივიდისთვის კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული ქრონიკული ეფექტების გამოვლენას. ზოგიერთი მომხმარებელი კოკაინის მოხმარების ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში აღნიშნავს მხოლოდ რამდენიმე ნეგატიურ ნიშანს. სხვები კი კოკაინის მოხმარების დაწყებიდან რამდენიმე კვირაში ან თვეში ადასტურებენ ბევრად მძიმე და მეტი საზიანო ეფექტის აღმოცენებას. თუმცა, ზოგადად, მსგავსად ამფეტამინისა, რაც უფრო მაღალია დოზები და ხშირია მიღება, მით უფრო სწრაფად ჩნდება კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული ქრონიკული ეფექტები. დამატებით, ინტრანაზალური მიღება (შეყნოსვა) ასოცირებულია ქრონიკული ეფექტების უფრო ნელა დადგომასთან, ვიდრე კოკაინის მოწევა (თავისუფალი ფუძის ან “კრეკის” მოწევისას) ან ინექციური მიღება. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე ინდივიდი ფიზიკურად გამხდარი და ხშირად სუსტია. პირადი ჰიგიენა და საკუთარ თავზე ზრუნვა შესაძლოა უგულვებელყოფილი იყოს, ამასთანავე, სამედიცინო და სტომატოლოგიური საჭიროებებიც. რადგანაც კოკაინი ამცირებს მადას, მომხმარებელი ვერ იკვებება საკმარისად და განიცდის წონის კლებას და კვებით დეფიციტს. ადამიანები, რომლებსაც კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული მწვავე აშლილობა აწუხებთ,

უგულებელყოფენ საკვებს, ტანსაცმელს, თავშესაფარსა და სქესობრივ საჭიროებებს. კოკაინის ხანგრძლივმა მოხმარებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ერექციული დისფუნქცია და მენსტრუალური პრობლემები, ისევე, როგორც ანორექსია, ტკივილი გულ-მკერდის არეში და ქრონიკული დაღლილობა.

ქრონიკული ფსიქოლოგიური ეფექტები

კოკაინის ქრონიკული ფსიქოლოგიური ეფექტები საწინააღმდეგოა თავდაპირველი ეფექტებისა. იგივე ნივთიერება, რომელიც აგზნების მსუბუქ შეგრძნებას იწვევდა და დაღლილობას ამცირებდა, ახლა იწვევს ძილის დარღვევებსა და ეპიზოდურ დეპრესიას. კოკაინის ქრონიკული მოხმარება შესაძლოა იწვევდეს ნეიროფსიქოლოგიურ შეზღუდვებს. კოკაინით გამოწვეული კოგნიტური დეფიციტი შესაძლოა უკავშირდებოდეს სხვადასხვა სფეროებს, თუმცა მსუბუქი ან საშუალო აშლილობის მქონე პაციენტებში კოკაინის მოხმარების შეწყვეტიდან 1 წელიწადში შექცევადია.

მეთამფეტამინი

მიღების გზები

მეთამფეტამინი უმეტესწილად მიიღება ორალურად, ნაზალურად (შეყნოსვით), ინტრავენურად ან შესუნთქვით. იშვიათად მიიღება ვაგინალურად, რექტალურად ან ენის ქვეშ დადებით. მეთამფეტამინის ნახევარდაშლის პერიოდი დახლოებით 10 საათს მოიცავს და დამოკიდებულია მიღების მეთოდზე.

ფარმაკოლოგია

მეთამფეტამინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის განვითარება კოკაინით გამოწვეული აშლილობის მსგავსია. მეთამფეტამინის ნევროლოგიური ეფექტების საფუძველი კოკაინის მსგავსია: საბოლოოდ, ისიც ზრდის თავისუფალი დოფამინის დონეს ტვინის ლიმბურ დამაჯილდოებელ სისტემაში. კვლევები ადასტურებს, რომ მეთამფეტამინს ახასიათებს ნეიროტოქსიკური ეფექტები, რომლებიც მულტიფაქტორული ჩანს, თუმცა ნეიროტოქსიკურობის მოქმედების მექანიზმი ჯერ კიდევ შესასწავლია. ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტები აჩვენებს მეთამფეტამინის უნარს, დააზიანოს როგორც დოფამინის, ისე სეროტონინის სისტემები. მეთამფეტამინის ტოქსიკურობა ვლინდება განმეორებითი და მაღალი დოზებით მიღების შედეგად, აგრეთვე შერჩევითი ცენტრალური ნერვული სისტემისთვის, განსაკუთრებით ლიმბური დამაჯილდოებელი სისტემისთვის (მაგალითად, ზოლიანი სხეული, შავი

ნივთიერება, მიმდებარე ბირთვი). ტვინის აღნიშნულ ნაწილებში მეთამფეტამინი ამცირებს ნერვული ბოჭკოების რაოდენობას, აზიანებს ნორმალურ ფიზიოლოგიურ ფუნქციონირებას და ანადგურებს აქსონებსა და აქსონების ტერმინალებს (შესაბამისად, სინაფსურ კავშირებს). კვლევები ასევე ადასტურებს, რომ მეთამფეტამინის ტოქსიკურობა დიდწილად დამოკიდებულია მიღებულ დოზებზე, მიღების გზებსა და სიხშირეზე.

კოკაინთან შედარებით, რომელიც სწრაფად იშლება პლაზმისა და ქსოვილის ენზიმების მიერ, მეთამფეტამინი ბევრად ნელა იშლება, რაც აისახება მისი მოქმედების ხანგრძლივობაში. მაშინ, როდესაც კოკაინის ნახევარდაშლის პერიოდი დაახლოებით ერთი საათია, მეთამფეტამინის ერთი დოზის ეფექტები შესაძლოა გრძელდებოდეს 10 საათს. მეთამფეტამინის ნელი მეტაბოლიზმი ახანგრძლივებს მის ნეიროტოქსიკურ ეფექტებსაც.

მწვავე ფიზიოლოგიური ეფექტები

მეთამფეტამინის მწვავე ფიზიოლოგიური ეფექტები ზოგადად კოკაინის მსგავსია: გულისცემისა და სუნთქვის გახშირება, სისხლის წნევისა და სხეულის ტემპერატურის მატება, თვალის გუგების გაფართოება. სხვა მწვავე ეფექტები მოიცავს გაზრდილ ენერგიას, არარეგულარულ გულისცემას და ტვინში მცირე სისხლძარღვების დაზიანებას. მეთამფეტამინის მაღალი დოზებით მიღებისას, სახიფათოდ იზრდება სხეულის ტემპერატურა და მძიმედ ზიანდება ღვიძლი; თუკი დაუყოვნებლივ არ მოხდა ამ სიმპტომების მართვა, შესაძლოა გამოიწვიოს სიკვდილიც.

მწვავე ფსიქოლოგიური ეფექტები

მეთამფეტამინის ფსიქოლოგიური ეფექტები, როგორც კოკაინის შემთხვევაში, მოიცავს კეთილდღეობის ამაღლებულ განცდას, ეიფორიას და სიფხიზლეს/ენერგიულობას. მაღალი დოზებით მიღებისას შესაძლოა გამოიწვიოს განმეორებითი და კომპულსიური ქცევები, გაღიზიანებადობა, აგზნება, აგრეთვე ვიზუალური, სმენითი და ტაქტილური ჰალუცინაციები. ამასთანავე, რეალობის დამახინჯებული აღქმა, რომელიც ბოდვებითა და ფსიქოზის სახით გამოვლინდება. მეთამფეტამინის მოხმარებლები შესაძლოა თავდაცვით ქცევებს მიმართავდნენ იმ ირაციონალური შიშების საპასუხოდ, რაც რეალობის დამახინჯებულ აღქმას მოყვება. განმეორებითი მოხმარების შემთხვევაში, ქცევით ეფექტებზე ვითარდება ტოლერანტობა და შესაძლოა გამოიწვიოს მათზე მგრძნობელობის ზრდაც.

მეთამფეტამინის მოხმარების შეწყვეტით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობა კოკაინის მსგავსია. თუმცა, რადგანაც მეთამფეტამინის ეფექტები

უფრო ხანგრძლივია, აღკვეთის მდგომარეობაც შესაძლოა უფრო ინტენსიური და ხანგრძლივი იყოს. უკანასკნელი მოხმარებიდან 1-დან მე-14 დღემდე პერიოდში მომხმარებლები გრძნობენ გუნებ-განწყობის მხრივ უეცარ გაუარესებას და ენერგიის დაქვეითებას. ძილის ხელშემწყობი შეიძლება იყოს მეორადი ნივთიერებები, როგორიცაა ალკოჰოლი, ბარბიტურატები, ბენზოდიაზეპინები და ძილი შესაძლოა გაგრძელდეს უწყვეტად რამდენიმე დღე. გავიძეებისას ინდივიდი შესაძლოა განიცდიდეს საშუალო ან მძიმე დეპრესიას, რაც რამდენიმე კვირის განმავლობაში გრძელდება. დეპრესიული ეპიზოდის დროს, სუიციდის რისკი იზრდება.

ქრონიკული ფიზიოლოგიური ეფექტები

მეთამფეტამინის ქრონიკული მოხმარება შესაძლოა გულის სხვადასხვა დისფუნქციას იწვევდეს (მათ შორის, მომატებული არტერიული წნევა, აორტის განშრევება, მწვავე კორონარული სინდრომი, ფილტვების ჰიპერტენზია, კარდიომიოპათია), ინექციურ მომხმარებლებში კი, ინექციის ადგილებში, კანისა და სისხლძარღვების დაზიანებებს. ქრონიკული მოხმარება ასევე იწვევს ირაციონალური შიშების საპასუხოდ თავდაცვით ქცევებს, პარანოიას, შფოთვის, დაბნეულობასა და ძილის დარღვევებს. მძიმე მოხმარება ასოცირდება სოციალური და პროფესიული ფუნქციონირების გაუარესებასთან. ფსიქოზური სიმპტომები შესაძლოა გაგრძელდეს მოხმარების შეწყვეტიდან თვეების ან წლების განმავლობაში.

კვლევების ყველაზე შემაშფოთებელი მიგნებების თანახმად, მეთამფეტამინის ხანგრძლივი მოხმარება არა მხოლოდ ქცევას ცვლის, არამედ არსებითად და ხანგრძლივად ცვლის ტვინსაც. მეთამფეტამინი აზიანებს როგორც დოფამინის, ისე სეროტონინის სისტემების ფუნქციობას, შესაძლოა - სხვა გადამცემ სისტემებსაც. მეთამფეტამინით გამოწვეული ნეირონული ტოქსიკურობა სპეციფიკურია თავის ტვინის ცალკეული უბნებისთვის (უპირველეს ყოვლისა, ლიმბური დამაჯილდოებელი სისტემისთვის). ეს ტოქსიკურობა გამოიხატება, როგორც ბიოქიმიურად, ისე ანატომიურად. საბოლოოდ კი, აღნიშნული დაზიანებების შედეგად ვითარდება კოგნიტური და ემოციური დეფიციტი, რაც საკმაოდ ხშირად შეინიშნება მეთამფეტამინის მოხმარებლებში.

ქრონიკული ფსიქოლოგიური ეფექტები

მეთამფეტამინის ქრონიკული მოხმარების ერთ-ერთი პოტენციური შედეგი არის ფსიქოზი. მძიმე ფსიქოზის მქონე პაციენტები ხშირად მედიკამენტების დახმარებით მკურნალობენ, რათა მათ ტვინს დაუბრუნდეს ნორმალური ფუნქციობის უნარი და ანტიფსიქოზური წამლების უმეტესობა გავლენას ახდენს

დოფამინური და სეროტონინული ნეირონების აქტივობაზე. უახლესი პროტოკოლი, მძიმე ფსიქოზის მკურნალობისას, ითვალისწინებს პაციენტის სიმპტომების მართვას - შესაძლოა მეორე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატებით, როგორცაა ოლანზაპინი და რისპერიდონი, რათა გაუმჯობესდეს ცხოვრების ზოგადი ხარისხი და შემცირდეს განმეორებითი მოხმარების რისკი.

მეთამფეტამინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე ადამიანებში ნეიროკოგნიტური შეფერხების მახასიათებლები კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული მახასიათებლების მსგავსია. კოგნიტური ცვლილებები უმეტესწილად სხვადასხვა სფეროებს ეხება, მათ შორის ყურადღებას, ფსიქომოტორულ აქტივობას, მეხსიერებასა და გადაწყვეტილებების მიღებას. თუმცა, კოკაინისგან განსხვავებით, ნეიროკოგნიტური დეფიციტის დაყოვნების ხანგრძლივობა საკმარისად შესწავლილი არ არის, მაგრამ ნეიროვიზუალიზაცია აფიქსირებს ხანგრძლივ დეფიციტს, რაც, სავარაუდოდ, თავად ამფეტამინის ხანგრძლივი მოქმედების მექანიზმსა და ტვინის ნეიროპლასტიკურობაზე უფრო ღრმა გავლენასთან ასოცირდება.

სტიმულატორების მოხმარების ეტაპები

მოცემული პარაგრაფი აღწერს მოხმარების ეტაპების თანმიმდევრობასა და თანმდევ გვერდით ეფექტებს, რაც ჩვეულებრივ ხდება, როდესაც ინდივიდი იშვიათი მოხმარებიდან ყოველდღიურ მოხმარებაზე გადადის და ხდება დამოკიდებულების ფორმირება. ამ ეტაპების ცოდნა ეხმარება სამედიცინო დარგის პროფესიონალებს, გაიგონ ნივთიერების მოხმარების ისტორია და რა ეფექტები შესაძლოა იჩენდეს თავს კონკრეტულ ეტაპზე მწვავე ინტოქსიკაციისას, აღკვეთის მდგომარეობის ან ქრონიკული მოხმარების შემთხვევაში.

მოხმარების დაწყება, საწყისი ეტაპი. სტიმულატორების პირველი დოზის მოხმარება იწვევს ეიფორიასა და ენერგიის მატებას, რაც მჭიდრო კავშირშია პლაზმაში სტიმულატორის კონცენტრაციის დონესთან. ეიფორიის უფრო მაღალი დონე მიიღწევა ინჰალაციით/მოწევით ან ინექციური მიღებით, რომლებიც ნივთიერების კონცენტრაციის სწრაფ ზრდას იწვევს. ემოციის მოზღვაება, რასაც ინექციით ან შესუნთქვით იღებენ, განსაკუთრებით დამაჯილდოებელი და განმამტკიცებელია.

გამყარება, დოზა-სიხშირის ზრდის ეტაპი. ეიფორიულ ეფექტებზე ტოლერანტობის ჩამოყალიბებისას, ადამიანები ზრდიან სტიმულატორების მიღების დოზებს და სიხშირეს იმ მიზნით, რომ თავდაპირველი და ყველაზე ინტენსიური შეგრძნებები განიცადონ. მომხმარებლებმა შესაძლოა ასევე შეცვალონ მოხმარების გზა, რათა ეფექტი უფრო სწრაფად მიიღონ. ამ ეტაპზე, პერიოდული

მოხმარება ხანგრძლივდება იმ აღმოჩენის საფუძველზე, რომ მაღალი დოზები უფრო მძაფრ ეფექტებს იწვევს, ხოლო ხშირი მიღება ამ ეფექტებს ახანგრძლივებს.

შენარჩუნების ეტაპი გადაბმული მოხმარებით (bingeing)¹. ხშირი და მაღალი დოზებით მოხმარება ხშირად გადაიზრდება კიდევ უფრო მეტად კომპულსურ მოხმარებაში, რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე, რაც სრულდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც მომხმარებელი საბოლოოდ გამოიფიტება ან ნივთიერების მარაგი ამოიწურება. მსგავსი გადაბმით მოხმარება (მარათონულ მოხმარებასაც უწოდებენ) კოკაინის მომხმარებლებში ჩვეულებრივ 12-18 საათი გრძელდება (თუმცა შესაძლოა გაგრძელდეს 2-3 დღე ან მეტიც), ხოლო მეთამფეტამინის მომხმარებლებში ბევრად მეტ ხანს - 3-დან 15 დღემდე. მსგავსი მოხმარების დროს, პლაზმაში ნივთიერებათა მაღალი და სტაბილური კონცენტრაცია, შესაძლოა პათოლოგიური ეფექტებით დასრულდეს. მსგავსი მარათონული მოხმარება ხასიათდება გუნებ-განწყობის ხშირი ცვლილებებით, რამდენადაც სტიმულატორის დონე პლაზმის კონცენტრაციაში მერყეობს. სტერეოტიპული ქცევები და ფიქრები გამორიცხავს სხვა საზრუნავს; შესაბამისად, ადამიანი მხოლოდ შინაგან შეგრძნებებზე ფოკუსირდება და სოციალურ აქტივობებს თავს არიდებს. თითქმის ყველა აქტივობა მიმართულია ნარკოტიკის მოპოვებასა და მიღებაზე.

ცხრილი 3. სტიმულატორების ქრონიკული მოხმარების ან რეცეპტით გამოწერილი სტიმულატორების ავადმოხმარების ზოგადი სიმპტომები

ფიზიოლოგიური	ფსიქოლოგიური / ქცევითი
- გამოფიტვა - ფიზიკური გადაღლით და არასრულყოფილი ძილის პატერნები - კვებითი დარღვევები - წონის ექსტრემალური კლება, ანემია, ანორექსია, კახექსია (სხეულის გამოფიტვა) - არასრულყოფილი ჰიგიენა და თავის მოვლა - კანის დაავადებები და კანის მეორადი ინფექციები - ქავილი, დაზიანებები, გამონაყარი, ჭინჭრის ციება - თმის ცვენა	- პარანოია, თანდართული გარემოს სტიმულების არასწორი ინტერპრეტაცია, ფსიქოზი რეალობის დამახინჯებული აღქმით და ჰალუსინაციებით - მღელვარება - უიმედობა და უბედურების

¹ სტიმულატორის მაღალი დოზებით და ხშირი მიღება იწვევს კომპულსურ გადაბმულ მოხმარებას რამდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში, რომელიც წყდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ინდივიდი მთლიანად გამოფიტულია ან სტიმულატორის მარაგი ამოიწურება. გადაბმული მოხმარება როგორც წესი, გრძელდება 12-დან 18 საათამდე (მაგრამ შეიძლება გაგრძელდეს 2-დან 3 დღემდე ან მეტხანს) იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც იყენებენ კოკაინს და ბევრად უფრო მეტხანს - 3-დან 15 დღემდე - ადამიანებისთვის, რომლებიც იყენებენ მეთამფეტამინს.

• კუნთების ტკივილი / სისუსტე - შესაძლოა მიუთითებდეს ჩონჩხის კუნთების ნეკროზზე • გულისხმადრღვთა დაზიანებები - ნივთიერების ლეტალური დოზების და მეთამფეტამინის დამზადებისას დამაბინძურებლების გამოყენების გამო; თირკმლის და ღვიძლის თანმდევი პრობლემები • ჰიპერტენზიული კრიზები თირკმლის დაზიანებებით, რომელიც სისხლის მაღალი არტერიული წნევის შენარჩუნებული მდგომარეობით არის განპირობებული • სუნთქვის გართულება - შესაძლოა გამოიხატოს ფილტვის შეშუპებით, პნევმონიით, სასუნთქი გზების დამაზიანებელი დაავადებით, ბაროტრავმით და სხვა გართულებებით • მიოკარდიტი, ინფარქტი • თავის ტკივილები, ინსულტი, გულყრები, მხედველობის დაკარგვა • ქორეათეტოზული აშლილობები • სქესობრივი აქტივობისა და რეპროდუქციული ფუნქციონირების დარღვევა • ცერებროვასკულური ცვლილებები, მათ შორის ტვინში სისხლჩაქცევები და ატროფია, რომელიც ასოცირებულია კოგნიტურ დეფიციტთან • იშემიური დარღვევები, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის პრობლემები	მოახლოების შიში, რაც პანიკურ შეტევებს წააგავს • დეპრესია - სუიციდური ფიქრებითა და ქცევით • მწვავე შფოთვა • კვებითი აშლილობები • ფსიქიკური გადაღლა
---	---

ფსიქო-მოტორული გამოფიტვა (crash)² და ალკვეთის სინდრომის ეტაპი

მწვავე ალკვეთის მდგომარეობა და ფსიქო-მოტორული გამოფიტვის ეტაპი. ალკვეთის ეტაპის დადგომა დამოკიდებულია სტიმულატორის მახასიათებლებზე. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობა ნაკლები ხანგრძლივობის არის, ვიდრე მეთამფეტამინის. ამ უკანასკნელის ალკვეთის მდგომარეობა შესაძლოა რამდენიმე კვირას გაგრძელდეს. ალკვეთის სინდრომი უნდა განიხილებოდეს, როგორც ორგანიზმში ზედმეტი დოზამინერგული აქტივობის შეწყვეტის პირდაპირი ეფექტი. გადაბმით მოხმარება სრულდება მწვავე ალკვეთის მდგომარეობით, რასაც ხშირად ფსიქო-მოტორულ გამოფიტვას უწოდებენ. მწვავე ალკვეთის მდგომარეობა ხასიათდება დისფორიით, შფოთვითა და აგზნებით და შესაძლებელია დაიწყოს სტიმულატორის მოხმარების შეწყვეტიდან მოკლე დროში. მოხმარების ძლიერი ლტოლვა მწვავე ალკვეთის მდგომარეობაში ხშირად იწვევს ნივთიერების მოხმარების განახლებას. მოხმარებას შეიძლება ჰქონდეს თვეების მანძილზე განმეორებადი/ციკლური ხასიათი,

² ალკვეთის მდგომარეობა, რომელიც გულისხმობს გუნება-განწყობის გაუარესებას და ენერგიის მკვეთრ დაქვეითებას, რაც ხდება მაშინ, როდესაც სტიმულატორის შემცველობა იკლებს სისხლის მიმოქცევაში.

როდესაც გადაბმით მოხმარებას მოყვება ფსიქო-მოტორული გამოფიტვა. შფოთვა და აგზნება იცვლება დადლილობის, გაზრდილი დეპრესიისა და შემცირებული ფსიქიკური და ფიზიკური ენერგიის პერიოდით. ძილის ინტენსიური სურვილი, რომელსაც ხშირად ძილის დარღვევებიც თან ახლავს, ხშირად ანაცვლებს ნარკოტიკის მიღების ლტოლვას. ფსიქო-მოტორული გამოფიტვის ამ ეტაპზე, მომხმარებელმა შესაძლოა გამოიყენოს დამხმარე საშუალებები, როგორიცაა ალკოჰოლი, ბენზოდიაზეპინები, კანაფი ან ოპიოიდები, რათა ჩაძინება და ძილის გახანგრძლივება შეძლოს. მწვავე აღკვეთის მდგომარეობის დროს, პაციენტებმა შესაძლოა კვლავ განიცადონ უძილობასთან ან სტიმულატორების გახანგრძლივებულ მოხმარებასთან ასოცირებული ფსიქოზური სიმპტომები. ამასთანავე, აღკვეთის მდგომარეობის დასაწყისში - 1-2 კვირის განმავლობაში, პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ სუიციდური აზრები, რაც შესაბამისი ყურადღებით უნდა კონტროლდებოდეს.

ცხრილი 4. სტიმულატორების აღკვეთის მდგომარეობის ზოგადი ნიშნები და სიმპტომები

ფიზიოლოგიური	ფსიქოლოგიური / ქცევითი
• დეჰიდრატაცია • სისუსტე და დადლილობა, ფსიქიკური და ფიზიკური ენერგიის უქონლობით • ფსიქომოტორული ლეთარგია - შესაძლოა გამოწვეული იყოს აგზნებით • მადის მატება და შესაძლო წონაში მატება • შემცივნება • ჩაძინების სირთულე, რომელსაც ძილიანობა მოჰყვება	• დისფორიული გუნებ-განწყობა, რასაც შეუძლია, გააღრმავოს კლინიკური დეპრესია და სუიციდური აზრები • უწყვეტი და ძლიერი ლტოლვა ნივთიერების მოხმარებისადმი • შფოთვა და გაღიზიანება • შესუსტებული მეხსიერება • ანჰედონია (ინტერესის დაკარგვა სასიამოვნო აქტივობებისადმი) • ინტერპერსონალური ურთიერთობებისგან გარიყვა • ინტენსიური და მკვეთრი სიზმრები ნივთიერების შესახებ

ქვემწვავე აღკვეთის მდგომარეობა და “კედელი” (“the wall”)³. ეს პერიოდი ხასიათდება მკვეთრი ძილიანობით, დადლილობით, გუნებ-განწყობის მერყეობით და მადის მატებით. ადამიანები ხანდახან ამ ეტაპზეც განიცდიან მოხმარებისადმი ლტოლვას და შესაძლოა მიუბრუნდნენ ნივთიერების მიღებას ან “გადაბმით” მოხმარებას. პოსტ-მწვავე აღკვეთის მდგომარეობა შესაძლოა გრძელდებოდეს უკანასკნელი მოხმარებიდან ორი ან მეტი კვირის განმავლობაში. სიფხიზლიდან მალევე, როდესაც ფსიქოზი იკლებს, პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ შფოთვას და

³ ამ პერიოდს ახასიათებს ღრმა ჰიპერსომნოლენცია, დადლილობა, განწყობის ლაბილობა და მადის მომატება.

ნერვიულობას “გადაბმით” მოხმარების შესახებ მტკივნეულ მოგონებებზე და დაბნეულობას იმის შესახებ, რომელი მოგონებაა ნამდვილი და რომელი - გამოგონილი. ეს შემაწუხებელი მოვლენები, მიუხედავად იმისა, ნამდვილია თუ არარეალური, შესაძლოა ტრავმული იყოს. მწვავე ინტოქსიკაციისას გამოვლენილი კრიმინალური ან შეურაცხყოფელი ქცევები, ნამდვილიც და გამოგონილიც, იწვევს სინანულსა და შიშს და, შესაძლოა, თავისი როლი იქონიოს იმპულსური თვითდაზიანების ქცევაში.

გახანგრძლივებული აღკვეთის მდგომარეობა. ეს ეტაპი მწვავე აღკვეთის მდგომარეობის შემდეგ იწყება და ამ დროს ადამიანმა შესაძლოა განიცადოს სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის საპირისპირო სიმპტომები: დაღლილობა, ფიზიკური და ფსიქიკური ენერგიის ნაკლებობა, დეპრესია, ანჰედონია და საკუთარი გარემოცვის მიმართ ინტერესის შემცირება. ხანგრძლივი აღკვეთის მდგომარეობის სიმწვავე და ხანგრძლივობა ხშირად კორელაციაშია სტიმულატორის მოხმარების სიჭარბესა და ხანგრძლივობასთან. როგორც აღკვეთის წინა ეტაპებზე, მძიმე დეპრესია ამ ეტაპზეც შესაძლოა იწვევდეს სუიციდურ აზრებს ან ქცევებს და მთავარ საზრუნავს წარმოადგენს. ანჰედონია და დისფორია შესაძლოა თვეების განმავლობაში შენარჩუნდეს. ხანგრძლივი აღკვეთის მდგომარეობის დროს, შესაძლოა, თავი იჩინოს ნივთიერების მოხმარებისადმი ლტოლვა. ეს სიტუაციური ლტოლვა ხშირად გამოწვეულია გარემოში არსებული პირობითი სტიმულებით. აგრეთვე, ამ ეტაპზე პაციენტებმა შესაძლოა განიცადონ უეცარი ფსიქოზური ეპიზოდებიც.

ფსიქო-მოტორული გამოფიტვის შემდგომი ეიფორიული ეტაპი ან “ვარდისფერი ღრუბელი” (“pink cloud”)⁴. აღნიშნულ ეტაპზე, რომელსაც ხანდახან “ვარდისფერ ღრუბელს” უწოდებენ, პაციენტები განიცდიან ეიფორიულ მდგომარეობას. ეს ხშირად ხდება აღკვეთიდან და დეტოქსიკაციის დასრულებიდან დაახლოებით ერთი თვის თავზე, როდესაც ტვინი ზედმეტ დოზამინს წარმოქმნის. პაციენტები გამოხატავენ პოზიტიურ განწყობასა და საკუთარი თავის რწმენას (აღარასდროს მოვიხმარ ნარკოტიკს!). თუმცადა, ეს პერიოდი მალევე სრულდება, რამდენადაც ტვინი გადადის დოფამინის არასაკმარისი ოდენობით გამოყოფაზე და

⁴ ამ სტადიაზე პაციენტები ეიფორიულ მდგომარეობაში შედიან. ეს ხშირად ხდება აღკვეთის მდგომარეობიდან და დეტოქსიკაციის დასრულებიდან დაახლოებით ერთი თვის განმავლობაში, როდესაც ტვინი ჭარბად გამოიმუშავებს დოფამინს.

პაციენტები, როგორც წესი, 3-6 თვის თავზე დეპრესიას განიცდიან და ნივთიერების მოხმარების განახლების რისკი მაღალია.

სტიმულატორების ეფექტებისადმი ტოლერანტობა/მგრძნობელობა

სტიმულატორების ქრონიკულ მომხმარებლებს ნივთიერების ეფექტების უმეტესობის მიმართ უყალიბდებათ ტოლერანტობა, რაც ხშირად სულ რამდენიმე კვირაში ხდება. ეს ნიშნავს, რომ უფრო მაღალი დოზაა საჭირო უწინდელი ეფექტების მისაღებად, ხოლო თუკი იგივე დოზის მოხმარებას განაგრძობენ, შესამჩნევად შესუსტებულ ზემოქმედებას მიიღებენ. მნიშვნელოვანია, განიმარტოს, რომ ზემოთ ხსენებული მოქმედება არ ვლინდება რეცეპტით გამოწვეული სტიმულატორების შემთხვევაში. განსაკუთრებით, ტოლერანტობა სწრაფად ყალიბდება სტიმულატორების ეიფორიულ ეფექტებზე და აშკარა მიზეზია მომხმარებლების მიერ დოზის ზრდის, თუმცა დოზის ზრდა შესაძლოა იმითაც იყოს განპირობებული, რომ მიღებული გამოცდილება უფრო ინტენსიური გახდეს. მეთამფეტამინის მოხმარების დროს ტოლერანტობა ყალიბდება ანორექსიულ ეფექტებზეც (მადის შემცირება), რადგანაც რამდენიმე კვირის შემდეგ წონის კლება ჩერდება. სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის საწყისი სიმპტომების დიდი ნაწილი ქრონიკული მოხმარების შედეგად ქრება: სისხლის არტერიული წნევა შესაძლოა ნორმაში იყოს, გულისრევა და ღებინება იშვიათად ხდება.

საინტერესოა, რომ ადამიანები, ვისაც სტიმულატორების ქრონიკული და მაღალი დოზებით მოხმარება ახასიათებთ, შესაძლოა გახდნენ მგრძნობიარე ნივთიერების მიმართ, რაც ფსიქომოტორული სტიმულატორების უნიკალური დამახასიათებელი ფენომენია. მგრძნობიარობა/სენსიტიზაცია არის ტოლერანტობის საპირისპირო მოქმედება და წარმოქმნის არასასურველ ეფექტებს უფრო ნაკლები დოზებით მოხმარებისას, ვიდრე მანამდე იყო საჭირო იგივე ეფექტის მისაღებად. ასევე, შესაძლოა განვითარდეს სენსიტიზაცია სტიმულატორებით ინდუცირებული ფსიქოზისმაგვარი ეფექტებისადმი. ქრონიკული, მაღალი დოზით მოხმარების შედეგად განვითარებულ ფსიქოზურ ეპიზოდს შეიძლება მოჰყვეს კოკაინის ან მეთამფეტამინის უფრო დაბალი (მინიმალური) დოზების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქოზური ეპიზოდი, რომელიც უფრო სწრაფად იწყება და უფრო დიდი ხანი გრძელდება. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სენსიტიზაციის პროცესი დაწვრილებით არის განხილული “სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის” სექციაში მოცემულ თავში.

სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზი

სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზი ვითარდება მაშინ, როდესაც ადამიანი ინტოქსიკაციაშია, მაგრამ ასევე, შეიძლება განმეორდეს აღკვეთის მდგომარეობისას ან თავშეკავების მრავალი თვის შემდეგ (McKetin, 2018). როგორც წესი, ფსიქოზი თან ახლავს ამფეტამინების, მეტამფეტამინის ან კოკაინის ქრონიკულ, მაღალი დოზებით გამოყენებას და ძილის ნაკლებობას. თუმცა, ნარკოტიკებით გამოწვეული ეს ფსიქოზი უფრო ხშირად ვლინდება ამფეტამინისა და მეტამფეტამინის მოხმარებისას, ვიდრე კოკაინის (Henning et al., 2019), ალბათ იმიტომ, რომ კოკაინის ხანმოკლე ნახევარგამოყოფის პერიოდის გათვალისწინებით მისი მაღალი პლაზმური კონცენტრაციის შენარჩუნება რთულია. სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზი ასევე აღწერილია მწვავე ინტოქსიკაციის შემდეგ შედარებით გამოუცდელ მომხმარებლებში და დაბალი დოზების მიღების შემდეგაც.

სტიმულატორებთან დაკავშირებული ფსიქოზის გავრცელება გაურკვეველია, თუმცა მეტამფეტამინის მოხმარებით გამოწვეული ფსიქოზის შესახებ კვლევები გვიჩვენებენ 7-დან 76 პროცენტამდე პრევალენტობას (Lecomte et al., 2018). სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის არსებობა გავლენას ახდენს მოვლის შესაბამისი დონის განსაზღვრაზე. სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის მქონე პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარება, სადაც არის პერსონალი, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის უსაფრთხოებას.

სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის განვითარება

ზოგიერთი მკვლევარი და კლინიცისტი აღწერს სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის სამ ძირითად კატეგორიას: მწვავე მეტამფეტამინის ფსიქოზი, ქრონიკული ან მუდმივი მეტამფეტამინის ფსიქოზი და შიზოფრენია (Bramness et al., 2012; Deng et al., 2012). სტიმულატორებით გამოწვეული მწვავე ფსიქოზი პირდაპირ კავშირშია გამოყენებული ნივთიერების რაოდენობასთან და ძილის ნაკლებობასთან. მუდმივი მეტამფეტამინის ფსიქოზი დაკავშირებულია მეტამფეტამინის რეგულარულ გამოყენებასთან და ამ დროს პაციენტებს უფრო ღრმა ჰალუცინაციები აქვთ, მათ შორის ვიზუალური, სმენითი და ტაქტილური ჰალუცინაციები.

შიზოფრენია არის ცალკე დიაგნოზი, მაგრამ სტიმულატორების გამოყენების შემდეგ ფსიქოზის გამოვლინებები ამართლებს შიზოფრენიის განხილვას დიფერენციულ დიაგნოზში. სტიმულატორების მოხმარება შიზოფრენიის ან

შიზოაფექტური აშლილობის მქონე ადამიანებში, სავარაუდოდ, გაამწვავებს მათ ფსიქოზს; ამრიგად, პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ფსიქოზური აშლილობა, როგორცაა შიზოფრენია ან შიზოაფექტური აშლილობა და სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა ერთდროულად. ზოგიერთ პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს თანმხლები შიზოფრენია და აღენიშნებოდეს შიზოფრენიის დადებითი და უარყოფითი სიმპტომები მეტამფეტამინის გამოყენების შემდეგ.

სტიმულატორებით გამოწვეული მწვავე და ქრონიკული ფსიქოზის შეფასება შეიძლება იყოს რთული და სავარაუდოდ მოითხოვს, რომ პაციენტები ჩაერთონ მკურნალობის მრავალჯერად სესიებში. პაციენტები უნდა შეფასდნენ მას შემდეგ, რაც მათ შეძლეს დამინება და ცხოვრების ნორმალური ფუნქციონირების გარკვეული დონის აღდგენა, რათა განვასხვავოთ მწვავე და ქრონიკული ფსიქოზი. პაციენტებს, რომლებიც აგრძელებენ ჰალუცინაციების, რეალობის შეცვლილი აღქმის და მათი გარემოდან დევნის დემონსტრირებას, შესაძლოა აღენიშნებოდეთ ქრონიკული ფსიქოზი და შეიძლება დასჭირდეთ განგრძობადი ფსიქიატრიული ჩარევა. გარდა ამისა, ამ პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ დიაგნოსტიკური შეფასება შიზოფრენიული სპექტრის დაავადებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის სიმპტომები შესაძლოა იყოს დამოუკიდებელი ფსიქოზური აშლილობის (როგორცაა შიზოფრენია) მსგავსი და კოკაინის/ამფეტამინების რეგულარულმა, მაღალი დოზებით მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს შიზოფრენიის მანიფესტაცია, სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზი და პირველადი ფსიქოზი განსხვავებული მდგომარეობებია (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5-ის მიხედვით, ნივთიერების მოხმარების პირობებში ფსიქოზი განიხილება პირველად აშლილობად, როდესაც (American Psychiatric Association, 2013):

- სიმპტომების ნაირსახეობა და სიმწვავე არსებითად აღემატება მოსალოდნელს მოხმარებული ნივთიერების რაოდენობის და ტიპის გათვალისწინებით;
- ინდივიდს ადრეც ჰქონდა ფსიქოზური ეპიზოდები, რომლებიც არ იყო გამოწვეული ნივთიერებათა მოხმარებით;
- ფსიქოზის დაწყება წინ უსწრებს ნივთიერების გამოყენებას;
- ფსიქოზი გრძელდება სულ მცირე 1 თვის განმავლობაში ინტოქსიკაციის შეწყვეტის ან აღკვეთის მდგომარეობის შემდეგ.

გამოვლინება ჩვეულებრივ მოიცავს სმენით და ტაქტილურ ჰალუცინაციებს, პარანოიდულ აზრებს, იდეებს და პარანოიასთან დაკავშირებულ დამცავ ქცევებს;

ამ ყველაფერმა შეიძლება გამოიწვიოს სირთულეები სოციალურ და პროფესიულ ფუნქციონირებაში (Glasner-Edwards & Mooney, 2014). სხვა ხშირად მოხსენებული ფსიქოზური სიმპტომები მოიცავს დევნის ბოდვას, ეჭვიანობის განცდას, გაღიზიანებას, შემფოთებას იმის გამო, რომ თითქოს ვიღაც მათ აზრებს კითხულობს, მხედველობით ჰალუცინაციებს, აკვიატებულ აზრებს, ფიქრების ტრანსლირების განცდას, დერეალიზაციას და დეპერსონალიზაციას (Fluyau et al., 2019).

ექსპერიმენტულმა კვლევებმა, რომელშიც მონაწილეები იღებდნენ ამფეტამინს ან მეტამფეტამინს ცვლადი დოზებით/დოზირების გრაფიკით და შეყვანის სხვადასხვა გზით, აჩვენა, რომ მონაწილეებიდან მხოლოდ ზოგიერთ ადამიანს განუვითარდა ფსიქოზური სიმპტომები, ზღურბლის დოზა იყო არათანმიმდევრული და ყველაზე გავრცელებული ფსიქოზური სიმპტომი იყო პარანოია (Glasner-Edwards & Mooney, 2014). სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის რისკის ფაქტორები მოიცავს ADHD-ის არსებობას, კოგნიტიურ დაქვეითებას და გარკვეულ ნეირობიოლოგიურ ფაქტორებს (მაგ., ტვინის GABA სისტემებში დისფუნქციები) (Bramness & Rognli, 2016). ფსიქოზური აშლილობების ოჯახური ისტორია (მაგალითად, შიზოფრენია), ასევე, შეიძლება იყოს რისკის ფაქტორი.

სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის ხანგრძლივობა

სტიმულატორებით გამოწვეული მწვავე ფსიქოზის სიმპტომები ჩვეულებრივ სპონტანურად ქრება ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტასთან ერთად. ქრონიკული ან მუდმივი ფსიქოზის სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს 6 თვის ან მეტი ხნის განმავლობაში (Glasner-Edwards & Mooney, 2014), განსაკუთრებით პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ მეტამფეტამინის მოხმარების ხანგრძლივი ისტორია. ჰალუცინაციები შეიძლება შეწყდეს ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტიდან 24-დან 48 საათამდე, ხოლო პარანოია და რეალობის შეცვლილი აღქმა მცირდება მომდევნო 15 დღემდე პერიოდში. მკურნალი ექიმები ასევე აცხადებენ, რომ ნარკოტიკებით გამოწვეული ფსიქოზი უფრო სწრაფად გაივლის კოკაინის მოხმარებისას - ჩვეულებრივ 1-დან 3 დღეში, ვიდრე მეტამფეტამინის გამოყენებისას - 2-დან 3 კვირამდე. სტიმულატორების მოხმარების განახლებამ ან გაგრძელებამ, სხვა ნივთიერებების მოხმარებამ (დიდი ოდენობით ალკოჰოლის ჩათვლით), სტრესმა ან ძილის ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოზის განმეორებით აღმოცენება სიმპტომების გაქრობის შემდეგ და თავშეკავების ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ (Glasner-Edwards & Mooney, 2014).

რეკომენდაციები

რეკომენდაციები შეფასებისთვის

1. როდესაც სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტის შეფასება ხდება, პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს სასწრაფო ან გადაუდებელი ბიოსამედიცინო ან ფსიქიატრიული ნიშნებისა თუ სიმპტომების იდენტიფიცირებას, მათ შორის, მწვავე ინტოქსიკაციას ან ზედოზირებას; ამასთანავე, მნიშვნელოვანია შესაბამისი მკურნალობის გაწევა ან გადამისამართება (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

2. მას შემდეგ, რაც ნებისმიერი გადაუდებელი ბიოსამედიცინო ან ფსიქიატრიული ნიშნებისა თუ სიმპტომების დადგენა მოხდება, პაციენტმა უნდა გაიაროს სრულფასოვანი შეფასება, რომელიც მოიცავს:

ა. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის შეფასებას დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებით (მაგ, DSM V; *კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*)

ბ. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის ისტორიასა და ფიზიკურ დათვალიერებას (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*)

გ. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებას, რათა მოხდეს თანმხლები ფსიქიატრიული მდგომარეობების იდენტიფიცირება, როგორიცაა ფსიქოზის ნიშნები და სიმპტომები, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის დაავადება (ADHD), გუნებ-განწყობის აშლილობა, კოგნიტური შეფერხება და საკუთარი თავის ან სხვების დაზიანების რისკი (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*);

დ. სრული ბიოფსიქოსოციალური შეფასება (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

3. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობაზე მომუშავე სპეციალისტებმა უნდა ჩაატარონ საბაზისო რუტინული ლაბორატორიული ტესტები (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

ა. სპეციალისტებმა უნდა ჩაატარონ სხვა საჭირო კლინიკური ტესტებიც, რომლებიც თითოეული პაციენტის კლინიკური შეფასების შედეგების მიხედვით დგინდება (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

4. როდესაც ხდება სტიმულატორების ხანგრძლივი ან მძიმე მოხმარების ისტორიის მქონე პაციენტების შეფასება, სპეციალისტებმა უნდა:

ა. გამოიჩინონ ყურადღება გულთან დაკავშირებული დაავადებებისადმი (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია),

ბ. ანამნეზისა და ფიზიკური ტესტების საფუძველზე განიხილონ ელექტროკარდიოგრამის დანიშვნის აუცილებლობა (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)

გ. ანამნეზისა და ფიზიკური ტესტების საფუძველზე განიხილონ კრეატინკინაზის ტესტირების აუცილებლობა ჩონჩხის კუნთების ნეკროზის დასადგენად (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია),

დ. გამოიჩინონ ყურადღება თირკმლის დაავადებებისადმი

(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები ქცევითი თერაპიის შესახებ

5. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობის გეგმაში, წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვა უნდა განიხილებოდეს, როგორც პირველადი კომპონენტი სხვა ფსიქოსოციალურ მკურნალობებთან ერთად (მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვა (Contingency Management) არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ფსიქოსოციალური ინტერვენცია, რომლის დროსაც პაციენტები საგრძნობლად ჯილდოვდებიან მკურნალობაში მონაწილეობისა და შედეგებთან დაკავშირებული დადებითი ქცევების გასამყარებლად; წარმატებით გამოიყენება ვაუჩერები, პრიზები და დასაქმებაში ხელშეწყობა. ათწლეულების განმავლობაში ჩატარებული კვლევები ადასტურებს წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის ეფექტურობას, ქცევის განმტკიცებაში, როგორცაა ნივთიერებებისგან თავშეკავება, მკურნალობაში ჩართულობა და მედიკამენტის მიღება, ოპიოიდების, სტიმულატორების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებში. წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის გამოყენება ასევე შესაძლებელია სხვა ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებთან კომბინაციაშიც, როგორცაა თემის გაძლიერება და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია.

სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობის სხვა შესწავლილ ინტერვენციებთან შედარებით, წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის ეფექტურობა დადასტურებულია, როგორც საუკეთესო და ამჟამად წარმოადგენს მკურნალობის სტანდარტს.

6. ქვემოთ მოცემულ სამ ინტერვენციას აქვს ყველაზე მეტი მხარდამჭერი მტკიცებულება

ა. თემის გაძლიერების მიდგომა (*დაბალი სარწმუნოობა, პირობითი რეკომენდაცია*),

თემის გაძლიერების მიდგომა (Community Reinforcement Approach) არის ყოვლისმომცველი ქცევითი თერაპია, რომელიც დაფუძნებულია ოპერანტული განპირობებულობის თეორიაზე⁵. კლინიცისტები პაციენტებთან ზედმიწევნით მუშაობენ, რათა მათი ცხოვრების იმ ასპექტების მოწესრიგება მოხერხდეს, რაც ცხოვრების ჯანსაღ წესს უკავშირდება; ეძებენ ფუნქციონირების ახალ გზებს, რათა ცხოვრება ნივთიერებების გარეშე უფრო დამაჯილდოებელი იყოს, ვიდრე ნივთიერებებთან ერთად. არსებობს საშუალო დონის მტკიცებულება, რომელიც აჩვენებს, რომ თემის გაძლიერების მიდგომა ეფექტურია კოკაინის მომხმარებელ პაციენტებში თავშეკავების მიღწევასა და შენარჩუნებაში.

ბ. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (*საშუალო სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*)

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (CBT) არის ფსიქოთერაპიის მძლავრი ინტერვენცია, რომელშიც საკუთარი თავის ან სამყაროს შესახებ უარყოფითი წარმოდგენების შეცვლა და მაღალი რისკის სიტუაციებზე გამკლავების მექანიზმების განვითარება ხდება, რათა შეიცვალოს არასასურველი ქცევის მახასიათებლები და მოხდეს ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისა და ფსიქიატრიული დარღვევების მკურნალობა. ზოგიერთი კვლევა ადასტურებს CBT-ის უპირატესობას ჩვეულებრივი მკურნალობის მიდგომებთან შედარებით, როგორცაა ინდივიდუალური და ჯგუფური კონსულტაციები. თუმცა, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის უპირატესობა

⁵ ოპერანტული განპირობებულობა – ეს არის დასწავლის ტიპი, როცა რომელიმე რეაქციის წარმოშობის ალბათობა იზრდება, თუ მას მოსდევს განმამტკიცებელი (მაგ., თუ მოსწავლე ყურადღებით უსმენს მასწავლებელს და მასწავლებელი მის ასეთ ქცევას ღიმილით ან ქებით აღნიშნავს, დიდია ალბათობა, მოსწავლე მომავალშიც ასეთივე ყურადღებანი იყოს).

(სხვა თერაპიებთან შედარებით) არ დასტურდება რემისიის ხანგრძლივობის თვალსაზრისით.

გ. მატრიცის მოდელი *(საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

დამოკიდებულების მკურნალობის მატრიცის მოდელი არის სტრუქტურირებული, მრავალკომპონენტური ქცევითი თერაპია, რომელიც იყენებს ინდივიდუალურ კონსულტირებას, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას, ოჯახის განათლებას და სოციალური მხარდაჭერის ჯგუფებს და ახალისებს საერთო მხარდაჭერის ჯგუფში მონაწილეობას 16-ზე მეტი კვირის განმავლობაში. საშუალო ხარისხის მტკიცებულებები მხარს უჭერს სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობისას მატრიცის მოდელის გამოყენებას. კვლევები აჩვენებს, რომ სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით მატრიცის მოდელის გამოყენება ხელს უწყობს მეთამფეტამინის მოხმარების მეტად შემცირებას. ასევე, ამცირებს ლტოლვასა და სარისკო ქცევას, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. მისი დანერგვის უპირატესობებიდან გამომდინარე, მატრიცის მოდელი ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობის უმეტეს პროგრამებში სტრუქტურასა და კადრების უზრუნველყოფასთან თავსებადია. შესაბამისად, ის ფართოდ არის ათვისებული და აჩვენებს ეფექტურობას. აღნიშნული მოდელის დანერგვამდე პროგრამებმა უნდა შეაფასონ საკუთარი კადრების საჭიროება და პროვაიდერების ქსელი. როგორც ნებისმიერი ახალი ინტერვენციის შემთხვევაში, კადრების გადამზადება მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

რეკომენდაციები ტექნოლოგიებზე დაფუძნებული ჩარევებისთვის

7. კლინიცისტებს შეუძლიათ განიხილონ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ქცევითი ინტერვენციების მიწოდება ციფრული თერაპიით ან ინტერნეტზე დაფუძნებული პლატფორმებით, როგორც დამატებითი კომპონენტები სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობისას. თუმცა, აღნიშნული არ უნდა გამოიყენებოდეს როგორც ცალკე მდგომი მკურნალობა *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

8. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისას კლინიცისტებს შეუძლიათ განიხილონ ტელემედიცინის გამოყენება ქცევითი თერაპიის მიწოდებისთვის იმ პაციენტებში, რომლებიც შესაძლოა მკურნალობის პროცესში ფიზიკურად (ან პირისპირ) ჩართვის სირთულეები ჰქონდეთ *(საშუალო სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ფარმაცოთერაპიული რეკომენდაციები

რეკომენდაციები მედიკამენტებთან დაკავშირებით, რომლებიც არ მიეკუთვნება ფსიქოსტიმულატორთა ჯგუფს

კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: ბუპროპიონი

9. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის ბუპროპიონის დანიშვნა განიხილება კოკაინისაგან თავშეკავების ხელშეწყობის მიზნით (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. ბუპროპიონის დანიშვნა უპირატესია იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს პარალელურად თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აწუხებს, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტი გამოიყენება ნიკოტინის/თამბაქოს მოხმარების შემცირებისთვის (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ბ. ბუპროპიონის დანიშვნა უპირატესია იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს პარალელურად დეპრესიული აშლილობები აწუხებს, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტი ასევე გამოიყენება დეპრესიის მკურნალობისთვის (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: ტოპირამატი

10. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებში ტოპირამატის დანიშვნა განიხილება კოკაინის მოხმარების შემცირების მიზნით (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. ტოპირამატის დანიშვნა უპირატესია იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც პარალელურად ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აქვთ, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტი გამოიყენება ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების მიზნით (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: ბუპროპიონი

11. ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებში, რომელთაც დაბალი ან საშუალო (თვეში 18 დღეზე ნაკლები) სიხშირის მოხმარება ახასიათებთ, უპირატესია ბუპროპიონის დანიშვნა,

რომელიც ხელს უწყობს სტიმულატორების მოხმარების შემცირებას (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. ბუპროპიონის დანიშვნა უპირატესია იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს პარალელურად თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აწუხებს, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტი გამოიყენება ნიკოტინის/თამბაქოს მოხმარების შემცირებისთვის (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ბ. ბუპროპიონის დანიშვნა უპირატესია იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს პარალელურად დეპრესიული აშლილობები აწუხებს, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტი ასევე გამოიყენება დეპრესიის სამკურნალოდ (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: ბუპროპიონი და ნალტრექსონი

12. ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის განიხილება ბუპროპიონის დანიშვნა ნალტრექსონთან კომბინაციაში, რომელიც ხელს უწყობს მოხმარების შემცირებას (საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. მოცემული კომბინაციის გამოყენება განიხილება პაციენტებში, რომელთაც პარალელურად ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აწუხებთ, რამდენადაც ნალტრექსონი ხელს უწყობს ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებასაც (საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ბ. მოცემული კომბინაციის გამოყენება განიხილება პაციენტებში, რომელთაც პარალელურად თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აწუხებთ, რამდენადაც ბუპროპიონი გამოიყენება ნიკოტინის/თამბაქოს მოხმარების შემცირებისთვისაც (საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

გ. მოცემული კომბინაციის გამოყენება განიხილება პაციენტებში, რომელთაც პარალელურად დეპრესიული აშლილობა აწუხებთ, რამდენადაც ბუპროპიონი დეპრესიის სამკურნალოდაც გამოიყენება (საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: ტოპირამატი

13. ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის განიხილება ტოპირამატის დანიშვნა,

რომელიც ხელს უწყობს მოხმარების შემცირებას (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. ტოპირამატის დანიშვნა უპირატესია იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც პარალელურად ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აწუხებთ, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტი გამოიყენება ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების მიზნითაც (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: მირტაზაპინი

14. ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის განიხილება მირტაზაპინის დანიშვნა, რომელიც ხელს უწყობს მოხმარების შემცირებას (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. მოცემული მედიკამენტის გამოყენება უპირატესია პაციენტებში, რომელთაც პარალელურად დეპრესიული აშლილობა აწუხებთ, რამდენადაც მირტაზაპინი დეპრესიის სამკურნალოდაც გამოიყენება (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები მედიკამენტებთან დაკავშირებით, რომლებიც მიეკუთვნება ფსიქოსტიმულატორთა ჯგუფს

ზოგადი რეკომენდაციები ფსიქომასტიმულირებელ მედიკამენტებთან დაკავშირებით

სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობისთვის ზოგი ფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტის გამოყენება შეფასდა. თუმცა, ამ მედიკამენტების გამოყენების შესახებ მტკიცებულებები ჯერ კიდევ მწირია და ის მტკიცებულებები, რომლებიც პოზიტიურ შედეგებს ადასტურებს, მიღებულია კონტროლირებადი კვლევებიდან, რომლებსაც ზედამხედველობასა და ხშირ მონიტორინგს ექიმები უწევდნენ. აღნიშნულ სექციაში განხილულ მედიკამენტებს შესაძლოა სარგებელზე მეტი რისკი ჰქონდეს და ბევრი სპეციალისტი, შესაძლოა, თავს იკავებდეს სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის ისეთი მედიკამენტების დანიშვნისგან, რომლებსაც ფსიქომასტიმულირებელი მახასიათებლები აქვთ. კლინიცისტები, ზოგადად, ერიდებიან ასეთი მედიკამენტების გამოყენებას სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე იმ პაციენტებში, რომლებსაც სტიმულატორით

გამოწვეული გუნებ-განწყობის აშლილობების ისტორია აქვთ. დღეს არსებული მტკიცებულებების სიმწირის და სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისას სამკურნალო მიზნით ფსიქოსტიმულატორების დანიშვნასთან დაკავშირებული რისკების გათვალისწინებით, აღნიშნული მედიკამენტები უნდა დანიშნონ მხოლოდ დარგში სპეციალიზებულმა ექიმებმა (მაგალითად, აშშ-ში, ასეთი ადიქციის მედიცინაში ან ადიქციის ფსიქიატრიაში სერტიფიცირებული სპეციალისტია); დარგში საკმარისად გადამზადებულმა და კომპეტენტურმა ექიმმა, რომელსაც აქვს პაციენტის კონტროლის შესაძლებლობები. კომპეტენტურობის მოცემული დონე უაღრესად საჭიროა რისკისა და სარგებლის სრულყოფილი ანალიზისათვის, რაც მნიშვნელოვანია პაციენტების ამ რთული პოპულაციისთვის.

15. რეკომენდაციები ფსიქოსმასტიმულირებელი მედიკამენტების დანიშვნისთვის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობისას ეხება:

ა. დარგში სპეციალიზებულ ექიმებს, რომლებიც გადამზადებული, კომპეტენტურები არიან და აქვთ პაციენტის მართვის შესაძლებლობები (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

16. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობისას ფსიქოსტიმულატორების დანიშვნის დროს, მნიშვნელოვანია ექიმმა განახორციელოს მონიტორინგი, რომელიც შესაბამისობაშია მოცემული მედიკამენტისა და პაციენტის რისკებთან. მონიტორინგი შესაძლოა მოიცავდეს აბების დათვლას, ნივთიერებაზე ტესტირებას, უფრო ხშირ კლინიკურ კონტაქტს (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: მოდაფინილი

17. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისათვის, რომლებსაც ამავედროულად ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობაც აწუხებთ, განიხილება მოდაფინილის დანიშვნა, რომელიც ხელს უწყობს კოკაინის მოხმარების შემცირებას და ზრდის მკურნალობაში ჩართულობას (*დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*).

კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: ტოპირამატი და გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის მარილების ნარევი

გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის მარილების ნარევი (MAS-ER) - როგორცაა ადერალი და მიდაისი - შედგება დექსტროამფეტამინის სულფატისგან, დექსტროამფეტამინის საქარატისგან, ამფეტამინის ასპარტატის მონოჰიდრატისგან და/ან ამფეტამინის სულფატისგან. ეს მედიკამენტები ზრდის დოფამინისა და ნორეპინეფრინის დონეს და თრგუნავს მათ უკუმიტაცებას. ტოპირამატის გამოყენების შემთხვევაში მტკიცებულებები სხვადასხვანაირია. ხოლო MAS-ER-ისა და ტოპირამატის კომბინირებულ გამოყენებაზე ჩატარებული მეტანალიზი, პლაცებო ჯგუფთან შედარებით, აჩვენებს დადებით ეფექტებს კოკაინის მოხმარების შემცირების მხრივ.

18. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის, განიხილება ტოპირამატის დანიშვნა გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის მარილების ნარევთან კომბინაციაში, რათა შემცირდეს კოკაინის მოხმარება და ლტოლვა (*საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*)

ა. მოცემული კომბინაციის გამოყენება უპირატესია იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც პარალელურად ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აქვთ, რამდენადაც ტოპირამატი ხელს უწყობს ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებას (*საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*)

ბ. მოცემული კომბინაციის გამოყენება უპირატესია იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც პარალელურად ADHD უდასტურდებათ, რამდენადაც გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის მარილის ნარევი ამცირებს ADHD-ის სიმპტომებს (ზომიერი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

19. კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებში, განიხილება გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის შემცველი ფსიქოსტიმულატორების გამოყენება, რათა კოკაინისგან თავშეკავების ხელშეწყობა მოხდეს (*დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*).

ა. იმ პაციენტებში, რომლებსაც პარალელურად ADHD უდასტურდებათ, განიხილება გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის ფორმები, რომლებიც ამცირებს დაავადების სიმპტომებს (*დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*).

ბ. გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინის შემცველი ფსიქოსტიმულატორების დანიშვნისას, მნიშვნელოვანია

გათვალისწინებულ იქნას დოზირება, რომელიც შეიძლება იყოს ამ მედიკამენტის ADHD-ის სამკურნალოდ მოწოდებული დოზის ტოლი ან მაქსიმუმზე ოდნავ მაღალი, რათა კოკაინის მოხმარება ეფექტურად შემცირდეს *(დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა: მეთილფენიდატი

20. ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტებში, განიხილება ხანგრძლივი მოქმედების მეთილფენიდატის გამოყენება, რომელიც ხელს უწყობს მოხმარების შემცირებას *(დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

ა. ამფეტამინის ჯგუფის სტიმულატორების საშუალო ან მაღალი სიხშირით მომხმარებელი პაციენტებისთვის (მაგალითად, 10 ან მეტი დღე თვეში) მკურნალობის საწყის ეტაპზე განიხილება გახანგრძლივებული მოქმედების მეთილფენიდატის დანიშვნა *(დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

ბ. მეთილფენიდატი ენიშნებათ პაციენტებს, რომლებსაც პარალელურად ADHD-ის დიაგნოზი უდასტურდებათ, რადგან მედიკამენტი ამცირებს აღნიშნული დაავადების სიმპტომებს *(დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

გ. გახანგრძლივებული მოქმედების მეთილფენიდატის დანიშვნისას, მნიშვნელოვანია დოზირების გათვალისწინება, რომელიც უნდა იყოს ამ მედიკამენტის ADHD-ისთვის მოწოდებული დოზის ტოლი ან მაქსიმუმზე ოდნავ მაღალი, რათა ამფეტამინის ჯგუფის არალეგალური სტიმულატორების მოხმარება ეფექტურად იქნას შემცირებული *(დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

თანმხლები ფსიქიკური დაავადებები: ზოგადი მართვის რეკომენდაციები

21. კლინიცისტებმა ერთდროულად უნდა უმკურნალონ როგორც სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობას, ისე თანმხლებ დაავადებებს (*ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

22. კლინიცისტებმა უნდა იხელმძღვანელონ ინტეგრირებული ქცევითი თერაპიის მიდგომით, რომელიც ეხმარება ორივე არსებულ დაავადებას (*ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*). სხვა შემთხვევაში, კლინიცისტებმა უნდა მოახდინონ რეკომენდებული ქცევითი თერაპიების ადაპტირება (მაგ.: წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვა, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, თემის გაძლიერების მიდგომა), რათა სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისა და სხვა თანმხლები დაავადებების ურთიერთქმედების მართვა მოხერხდეს (*ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

23. ფსიქოზის ან მანიის სიმპტომების მკურნალობა უნდა მოხდეს შესაბამისი მედიკამენტებით (*საშუალო სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

ა. თუკი სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქოზზე ან მანიაზეა ეჭვი, ფსიქოზური სიმპტომების რემისიის პერიოდის შემდეგ მკურნალმა ექიმმა უნდა განიხილოს ანტიფსიქოზური მედიკამენტის თანდათანობითი შემცირება (*საშუალო სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

24. როდესაც მკურნალობის გეგმის შედგენა ხდება სტიმულატორების მოხმარების ან აღკვეთის პერიოდში აღმოცენებული დეპრესიის, შფოთვის, ძილის და/ან ყურადღების დარღვევების სიმპტომებისათვის, კლინიცისტებმა უნდა:

ა. განიხილონ ფარმაკოთერაპია სიმპტომების სიმძიმისა და ხანგრძლივობის გათვალისწინებით, მაშინაც, თუკი ეს სიმპტომები სტიმულატორებით არის გამოწვეული (*ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*)

ბ. დააკვირდნენ პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა მიჰყვება თუ არა სტიმულატორებით გამოწვეული სიმპტომების მოსალოდნელ დროის განრიგს მოხმარების ფაზების მიხედვით (მაგ.: აქტიური მოხმარება, კლებადი ინტოქსიკაცია, მწვავე აღკვეთა, პოსტ-მწვავე აღკვეთა, აღკვეთის შემდგომი თავშეკავება), თუ სხვა დროსაც არის გამოხატული (*ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

25. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტების შემთხვევაში, რომელთაც მანამდე არსებული თანმხლები დიაგნოზი უდასტურდებათ, მკურნალობის დაწყებისას, სპეციალისტებმა უნდა:

ა. გადახედონ პაციენტის მკურნალობის არსებულ გეგმას, იდეალურ შემთხვევაში, პაციენტის მკურნალობის მოქმედ პროვაიდერთან ერთად კოორდინაციაში

ბ. განაგრძონ უკვე დანიშნული მედიკამენტების გამოყენება (შესაბამისობის შემთხვევაში) *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*, პაციენტის მიერ სტიმულატორების ან სხვა ნივთიერებების პოტენციური მოხმარების შემთხვევაში უსაფრთხოების გათვალისწინებით *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

რეკომენდაციები სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისა და ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის აშლილობის (ADHD) ერთდროული მართვის შესახებ

26. იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტებს ერთდროულად აღენიშნებათ სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა და ADHD, მკურნალობენ ორივე მდგომარეობას ერთდროულად *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*. მკურნალმა ექიმებმა უნდა:

ა. დანიშნონ ფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტები ADHD-ის მართვისათვის იმ შემთხვევებში, როდესაც მოცემული მედიკამენტების სარგებელი გადაწონის პოტენციურ რისკებს *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ბ. დანიშნონ არაფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტები ADHD-ის სიმპტომების მართვისას იმ შემთხვევებში, როდესაც ფსიქოსტიმულატორი მედიკამენტების სარგებელი არ გადაწონის პოტენციურ რისკებს *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

გ. განიხილონ ქცევითი მიდგომების გამოყენება *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

27. ფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტების დანიშვნისას იმ პაციენტებში, რომლებსაც ერთდროულად სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა და ADHD უდასტურდებათ, სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ:

ა. გახაგრძლივებული მოქმედების ფორმების გამოყენება *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*

ბ. შეინარჩუნონ მონიტორინგის ისეთი დონე, რომელიც პასუხობს მოცემული მედიკამენტისა და პაციენტის სარისკო ქცევის პროფილს. მონიტორინგი შესაძლოა მოიცავდეს სამკურნალო აბების დათვლას,

არალეგალურ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე ტესტირებას, უფრო ხშირ კლინიკურ კონტაქტს *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

28. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისა და ADHD-ის მქონე მოზარდ და ახალგაზრდა პაციენტებში, ექიმმა უნდა:

ა. მიუთითოს მშობელს, ჯანდაცვის პროფესიონალს (მაგ., სკოლის ექთანს) ან სხვა სანდო ზრდასრულს, პირდაპირი გზით აკონტროლონ მედიკამენტის მიღება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც მედიკამენტი ხანმოკლე მოქმედებისაა *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*

ბ. კონსულტაცია ჩაუტარონ ოჯახის წევრებს კონტროლირებადი მედიკამენტების უსაფრთხოდ შენახვისა და იოლად ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მნიშვნელობაზე *(კლინიკური კონსენსუსი, პირობითი რეკომენდაცია)*.

სპეციფიკურ პოპულაციებზე მორგებული რეკომენდაციები

მოზარდები და ახალგაზრდები

რეკომენდაციები მოზარდებისა და ახალგაზრდების შეფასებასა და მკურნალობის დაგეგმვასთან დაკავშირებით

29. სპეციალისტებმა თავი უნდა აარიდონ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე რუტინულ ტესტირებებს სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე მოზარდ და ახალგაზრდა პაციენტებში *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ა. როდესაც 18 წლამდე პაციენტებში ნივთიერებებზე ტესტირება განიხილება, პაციენტის ნებართვა საჭიროა მაშინაც კი, როდესაც მშობლის/მეურვის თანხმობა მიღებულია, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც თანხმობის მიღება შეუძლებელია (მაგ., გონების დაკარგვის შემთხვევაში); *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

30. სპეციალისტებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ADHD-ის და კვებითი დარღვევების ნიშნებს ან სიმპტომებს მოზარდ და ახალგაზრდა პაციენტებში *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

31. თუკი შესაძლებელია, მოზარდი და ახალგაზრდა პაციენტები უნდა გადამისამართდეს ასაკის შესაბამისი მკურნალობისა და მხარდაჭერის პროგრამებში, რათა ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების იდენტიფიცირება გამარტივდეს *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

რეკომენდაციები მოზარდებისა და ახალგაზრდების მკურნალობასთან დაკავშირებით

32. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე მოზარდი და ახალგაზრდა პაციენტების მკურნალობისას, მკურნალმა ექიმებმა უნდა:

ა. განიხილონ ისეთი ქცევითი ინტერვენციების გამოყენება, რომელთა ეფექტურობაც დადასტურებულია მოზარდებსა და ახალგაზრდებში სხვა ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობისას (მაგ.: CM, CBT, თემის გაძლიერების მიდგომა და ოჯახური თერაპია) და ზრდასრულებში სტიმულატორებით გამოწვეული აშლილობის სამკურნალოდ (მაგ.: CM, CBT, თემის გაძლიერების მიდგომა); *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

ბ. გამოიყენონ მოზარდებისა და ახალგაზრდებისათვის სპეციფიკური მკურნალობის მოდელები (მაგ., თემის გაძლიერების მიდგომა მოზარდებისათვის) ან გამოიყენონ მოზარდის განვითარებისთვის შესაბამისი მიდგომა *(საშუალო სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

გ. შესაძლებლობების ფარგლებში გამოიყენონ თანასწორთა ჯგუფები ქცევითი თერაპიის ჯგუფურ სეანსებზე და თავი აარიდონ მოზარდებისა და ახალგაზრდების ზრდასრულებთან ერთად ჯგუფში ჩართვას *(ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

დ. განიხილონ სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე მოზარდებისა და ახალგაზრდების მკურნალობაში მედიკამენტების არაპირდაპირი დანიშნულებით (off-label)⁶ გამოყენება იმ

⁶ FDA-ს პერსპექტივიდან, როგორც კი FDA ამტკიცებს წამალს, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებს, როგორც წესი, შეუძლიათ დანიშნონ წამალი იმ შემთხვევებშიც, რომლებიც არ არის მითითებული ამ წამლის დამტკიცებული ჩვენებების ჩამონათვალი, როდესაც ისინი თვლიან, რომ ის სამედიცინო თვალსაზრისით შესაფერისია მათი პაციენტისთვის.

შემთხვევებში, როდესაც განვითარების კონტექსტში სარგებელი გადაწონის რისკს *(ძალიან დაბალი სარწმუნოება, სუსტი რეკომენდაცია)*;

ე. დაარიგონ მშობლები/მეურვეები, რომ მოზარდებსა და ახალგაზრდებთან მუშაობაში გადამზადებული სპეციალისტის მეთვალყურეობის გარეშე არ ჩაატარონ სახლის პირობებში ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე ტესტირება *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

ვ. გაითვალისწინონ, რომ ოჯახის წევრების ჩართულობა ხშირად სასარგებლოა ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე მოზარდებისა და ახალგაზრდების მკურნალობის დროს და, შესაძლებლობების ფარგლებში, უნდა ჩართონ ოჯახის წევრები ან ნდობით აღჭურვილი ზრდასრულები *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

ზ. გაითვალისწინონ ქვეყანაში არსებული კანონები 18 წლამდე პირების მიერ მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის შესახებ *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

თ. გაითვალისწინონ, რომ მაშინ, როდესაც მშობლის/მეურვის თანხმობა არ არის საჭირო მკურნალობისას, მაინც გაესაუბრონ ახალგაზრდა პაციენტს მკურნალობის გეგმაში უფროსის ჩართვის შესაძლო სარგებელზე *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

რეკომენდაციები ორსულ და პოსტნატალურ პაციენტებთან დაკავშირებით

რეკომენდაციები ორსული და პოსტნატალური პაციენტების შეფასებასთან დაკავშირებით

33. სპეციალისტებმა დამატებითი ელემენტები უნდა შეიტანონ შეფასების პროცესში სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე ორსული პაციენტებისათვის, მათ შორის:

ა. გადაამისამართონ პაციენტები პრენატალური ზრუნვის მიმწოდებელ კლინიკებში (ქალთა კონსულტაციის ცენტრებში), თუკი უკვე არ სარგებლობენ მსგავსი სერვისით *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

34. მოწოდებულია პრენატალური ზრუნვისა და სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობის კოორდინირება *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

35. როდესაც ორსული პაციენტების შეფასება ხდება მწვავე პრობლემების, გართულებებისა და სტიმულატორების მოხმარებასთან დაკავშირებულ შედეგებთან დაკავშირებით, კლინიცისტებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ იმ ფაქტორებს, რომლებიც ორსულობასა და ნაყოფის განვითარებას ეხება (დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

36. რადგანაც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე ტესტირების დადებითი შედეგის გავლენა ზოგად პოპულაციასთან შედარებით ორსული პაციენტებისთვის შესაძლოა ბევრად მძიმე იყოს, ნივთიერებებზე ტესტირების ჩატარებამდე, ექიმებმა უნდა:

ა. მოახდინონ აღნიშნულ პოპულაციაში ნივთიერებებზე ტესტირების სარგებლისა და რისკის შეფასება (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. მოითხოვონ ინფორმირებული თანხმობა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც გადაუდებელი კლინიკური საჭიროება დგება და შეუძლებელია თანხმობის მიღება (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

რეკომენდაციები ორსული და პოსტნატალური პაციენტების მკურნალობასთან დაკავშირებით

37. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობის, სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისა და აღკვეთის მართვისას უნდა შეფასდეს გამოყენებული მედიკამენტები და მათ მიერ ნაყოფზე ან ჩვილზე მოქმედების რისკი და სარგებელი (*ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

38. შესაძლებლობების ფარგლებში, სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა გაითვალისწინონ ფსიქოსოციალური მკურნალობა, რომელიც ორსული პაციენტების სპეციფიკურ საჭიროებებს პასუხობს (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*), მათ შორის:

ა. მშობლობაზე ფოკუსირებული მხარდაჭერის მოდელები (მაგ: ტრენინგი მშობლობის უნარების შესახებ); (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. ოჯახზე დაფუძნებული მხარდაჭერის მოდელები (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

39. მომსახურების მიმწოდებლებმა უნდა განიხილონ წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის გამოყენებაც, რათა პრენატალურ შეხვედრებზე ჩართულობა წახალისდეს, სხვა სამიზნე შედეგებთან ერთად (მაგ., სტიმულატორებისგან თავშეკავება); (*დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

რეკომენდაციები ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებით

40. მკურნალმა ექიმებმა სტიმულატორების მომხმარებელ პაციენტებს უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია ძუძუთი კვების დროს სტიმულატორების გამოყენების შესახებ და მოუწოდონ მათ, არ მიმართონ ბუნებრივ კვებას, თუკი სტიმულატორებს აქტიურად მოიხმარენ (გარდა ექიმის მიერ დანიშნული სტიმულატორებისა); *(ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

რეკომენდაციები სექსუალური ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებით

41. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა განიხილონ სექსუალური და გენდერული უმცირესობების წარმომადგენელი პაციენტების გადამისამართება შესაბამის პროგრამებში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტის წარსული და/ან ქცევა მიუთითებს, რომ ისინი ზოგად პოპულაციასთან ერთ სივრცეში ჩართულობისას კომფორტულად არ გრძნობენ თავს (მაგ.: საკუთარ იდენტობასთან დაკავშირებული დისტრესი, ნარკოტიკებთან ასოცირებული სქესობრივი აქტივობების განხილვის სირთულე, შინაგანი კონფლიქტები, ტრავმული ისტორიები) *(დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

რეკომენდაციები სტიმულატორებით ინტოქსიკაციასა და ალკვეთასთან დაკავშირებით

შეფასება და დიაგნოზის დასმა

ამჟამად არ არსებობს რეკომენდებული სტანდარტიზებული სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტები სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის, ალკვეთის ან სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის სიმძიმის შეფასებისთვის.

რეკომენდაციები საწყისი შეფასებისთვის

42. კლინიკური შეფასება პირველ რიგში უნდა ითვალისწინებდეს სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის ისეთი მწვავე პრობლემის ან გართულების იდენტიფიცირებას, რომელიც პაციენტისთვის უფრო მაღალი დონის მკურნალობის მიწოდების საჭიროებაზე მიუთითებს *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*. ეს მოიცავს ჰიპერადრენერგული სიმპტომების შეფასებას, მათ შორის ტაქიკარდიას, მაღალ არტერიულ წნევას, გადახურებას და აგზნებას *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

43. საწყისი კლინიკური შეფასება, რომელიც სტიმულატორების სავარაუდო ინტოქსიკაციას ან ალკვეთას აფასებს, უნდა მოიცავდეს *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*:

ა. კლინიკურ ინტერვიუს (თუკი შესაძლებელია),

ბ. ფიზიკურ შეფასებას,

გ. დაკვირვებას ნიშნებზე და პაციენტის მიერ განცხადებულ სიმპტომებზე,

დ. ნებისმიერი დამატებითი ინფორმაციის გადახედვას,

ე. ფრთხილ შეფასებას პაციენტის რისკზე, დააზიანოს საკუთარი თავი ან გარშემომყოფები.

რეკომენდაციები ამომწურავი შეფასებისათვის

44. სტიმულატორებით ინტოქსიკაცია და ალკვეთა პირველ რიგში დასტურდება პაციენტის ისტორიისა და ფიზიკური შეფასების საფუძველზე, სხვა ნებისმიერ კლინიკურ, დიაგნოსტიკურ და/ან ტოქსიკოლოგიურ შეფასებასთან ერთად *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

45. თუკი სამედიცინო გამოკვლევის რაიმე ელემენტები მოცემულ ვითარებაში არ არის ხელმისაწვდომი, სასიცოცხლო ნიშნების საბაზისო შეფასების და ფსიქიკურ სტატუსზე ფოკუსირებული შეფასების შედეგები უნდა იქნას გამოყენებული იმის დასადგენად, გადაუდებელია თუ არა დამატებითი სამედიცინო გამოკვლევები ან გადამისამართება სხვა უფრო ყოვლისმომცველ გამოკვლევებზე *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

46. კლინიკური ტესტირება დაფუძნებული უნდა იყოს არსებულ ნიშნებსა და სიმპტომებზე და უნდა მოიცავდეს სისხლის საერთო ანალიზს, ყოვლისმომცველ მეტაბოლურ კვლევას, ღვიძლის ფუნქციურ სინჯებს, კუნთების დაზიანების მარკერებს (მაგ: კრეატინკინაზა, ლაქტატი კუნთების დაზიანების და აციდოზის შემთხვევაში) ან გულის დაზიანების მარკერებს (მაგ.: კრეატინკინაზა, ტროპონინი); *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

47. კოკაინით ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის მქონე პაციენტების სისხლის საერთო ანალიზის შედეგების განხილვისას, მკურნალმა ექიმებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ ნეიტროფილების რაოდენობას, რადგანაც ლევამიზოლი კოკაინში

ხშირად გამოყენებული მინარევია და შესაძლოა გამოიწვიოს იმუნიტეტის დაქვეითება, ნეიტროპენია.

48. სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისა და აღკვეთის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მკურნალობისას, სპეციალისტებს შეუძლიათ ტოქსიკოლოგიური ტესტირების გამოყენება:

ა. სხვა კლინიკურ ინფორმაციასთან ერთად, ტოქსიკოლოგიური ტესტირება ეხმარება კლინიკურ მსჯელობაში, დიფერენციული დიაგნოზის დასმაში (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. ტოქსიკოლოგიური ტესტირება მნიშვნელოვანია მოხმარებული ნივთიერების იდენტიფიცირებისთვის, რომელიც საჭიროა სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის, აღკვეთის სიმპტომებისა და ნიშნებისათვის დანიშნული მედიკამენტის სხვადასხვა ნივთიერებასთან ურთიერთქმედების განსაზღვრისთვის (*კლინიკური კონსენსუსი, პირობითი რეკომენდაცია*).

49. როდესაც სტიმულატორებით ინტოქსიკაციაზეა ეჭვი, თუმცა ტესტირების შედეგები უარყოფითია, ექიმებს შეუძლიათ ივარაუდონ, რომ მოხმარებული ნივთიერება ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (აფნ) ჯგუფს განეკუთვნება (*კლინიკური კონსენსუსი, პირობითი რეკომენდაცია*).

რეკომენდაციები სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისა და აღკვეთის მდგომარეობის მართვასთან დაკავშირებით

სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ქცევითი და ფსიქიკური სიმპტომები

50. მკურნალმა ექიმებმა უნდა შეაფასონ პაციენტები, რათა აგზნების და/ან ფსიქოზის გამომწვევი სხვა ფაქტორების (გარდა სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისა) იდენტიფიცირება მოხდეს (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

51. ექიმებმა უნდა გამოიყენონ ვერბალური და არავერბალური დეესკალაციის სტრატეგიები აგზნებული, ბოდვითი და/ან ფსიქოზური სიმპტომების მქონე პაციენტების დასამშვიდებლად, რათა მკურნალობაში მათი თანამონაწილეობა არ დაირღვეს (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

52. ექიმებს შეუძლიათ, განიხილონ სტიმულატორებით გამოწვეული აგზნების ან ცნობიერების შეცვლის მართვა მედიკამენტებით *(მაღალი სარწმუნოობა, პირობითი რეკომენდაცია)*.

ა. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება შესაძლოა განხილულ იქნას საწყის მკურნალობად სტიმულატორებით გამოწვეული აგზნებისა და/ან აბნევის მართვისათვის *(მაღალი სარწმუნოობა, პირობითი რეკომენდაცია)*.

53. დამშვიდების (დეესკალაციის) სტრატეგიებმა არ უნდა შეაფერხოს მედიკამენტების გამოყენება იმ პაციენტების მკურნალობისას, რომლებიც არიან აგზნებული, აქვთ ბოდვითი და/ან ფსიქოზური სიმპტომები და დგანან მძიმე გართულებების გარდაუვალი რისკის ქვეშ *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

54. სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზური სიმპტომების მართვა ხდება ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მეშვეობით *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ა. ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყება და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ფსიქოზის ეტიოლოგიასა და სიმპტომატიკაზე *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ბ. სტიმულატორებით გამოწვეული ფსიქოზის მართვისას, უმჯობესია ქლორპრომაზინისა და კლოზაპინის გამოყენებისგან თავის შეკავება, რამდენადაც მოცემული მედიკამენტები პაციენტს გულყრის რისკის ქვეშ აყენებს *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

55. აგზნებისა და საშუალოდან მძიმე დონემდე ფსიქოზის არსებობისას უნდა:

ა. ჩატარდეს სამედიცინო გამოკვლევა სიცოცხლისათვის საშიში ნიშნებისა და სიმპტომების იდენტიფიცირებისათვის, რომლებიც გადაუდებელი დახმარების პროფილის საავადმყოფოში გადამისამართებას და მართვას მოითხოვს *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

ბ. ჩატარდეს ფსიქიკური სტატუსის შეფასება, რომელიც ფოკუსირებულია პაციენტის თვითდაზიანების ან გარშემომყოფების დაზიანების რისკებზე, რაც სრული ფსიქიატრიული შეფასებისათვის გადამისამართებას და/ან არანებაყოფლობით შეკავებასა და გამოკვლევას მოითხოვს *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

56. თუკი მოცემულ ვითარებაში გამოყენებული დეესკალაციისა და/ან მედიკამენტური მართვის ჩარევები გავლენას ვერ ახდენს პაციენტის აგზნებასა და/ან ფსიქოზზე, უნდა მოხდეს პაციენტის კოორდინირებული გადაყვანა უფრო ინტენსიური მართვის კლინიკაში (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

ა. შესაძლებლობის ფარგლებში, ინტერვენციები, რომლებიც აგზნებას, ცნობიერების შეცვლას, ბოდვას ან/და ფსიქოზს პასუხობს, უნდა განხორციელდეს პაციენტის ტრანსპორტირებისას (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

57. მკურნალმა ექიმებმა უნდა აკონტროლონ ფსიქიატრიული სიმპტომების პროგრესი, მათ შორის: ფსიქოზის, სუიციდურობის და ტრავმასთან დაკავშირებული სიმპტომების აღმოცენებისას; კერძოდ, სუიციდურობის დონე შესაძლოა გაიზარდოს ინტოქსიკაციის განღვებისა და მწვავე აღკვეთის მდგომარეობის დროს (*კლინიკური კონსენსუსი, პირობითი რეკომენდაცია*).

სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ჰიპერადრენერგული სიმპტომები

58. როდესაც პაციენტებს ჰიპერადრენერგული სიმპტომები უდასტურდებათ, უნდა განხორციელდეს სასიცოცხლო ნიშნების მუდმივი მონიტორინგი და მართვა - განსაკუთრებით გულისცემისა და სისხლის არტერიული წნევის, რათა მოხდეს არანამკურნალები სიმპათომიმეტიკური ტოქსიკურობით გამოწვეული გართულებების პრევენცია (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

59. სტიმულატორებით გამოწვეული ჰიპერადრენერგული მდგომარეობისას მიზანშეწონილია გაბაერგული აგენტების გამოყენება (მაგ., ბენზოდიაზეპინები, ფენობარბიტალი, პროპოფოლი); ამ კუთხით ბენზოდიაზეპინები პირველი რიგის სამკურნალო მედიკამენტებად ითვლება (*დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

60. ბენზოდიაზეპინებით ან სხვა გაბაერგული აგენტებით მკურნალობის შედეგად აგზნებისა და ნეიროკუნთოვან ჰიპერაქტიურობაში შესაბამისი გაუმჯობესების მიუხედავად, თუკი ჰიპერადრენერგული მდგომარეობა გრძელდება, ექიმებმა უნდა განიხილონ დამატებითი ქვემოთ მოცემული მედიკამენტებით მკურნალობა:

ა. ბეტა ბლოკერი ალფა-1 ანტაგონიზმით (მაგ., კარვედილოლი, ლაბეტალოლი; *საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*).

ბ. ალფა-2 ადრენორეცეპტორების აგონისტი (მაგ.: დექსმედეტომიდინი მწვავე სიმპტომებისთვის, კლონიდინი მსუბუქი და საშუალო სიმპტომებისთვის; *საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია*).

გ. როდესაც ბეტა ბლოკერები არ არის ნაჩვენები, კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ სხვა ფარმაცოლოგიური ვარიანტები, როგორიცაა კალციუმის არხების ბლოკერები, ალფა-1 ადრენერგული ანტაგონისტები, ალფა-2 ადრენერგული აგონისტები და აზოტის ოქსიდზე მოქმედი ვაზოლიდატორები, რა თქმა უნდა, სხვა კლინიკურად მნიშვნელოვან ნიშნებსა და სიმპტომებთან შესაბამისობის ფარგლებში *(საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

დ. მიუხედავად იმისა, რომ კალციუმის არხის ბლოკერები, ალფა-1 ადრენერგული ანტაგონისტები, ალფა-2 ადრენერგული აგონისტები და აზოტის ოქსიდზე მოქმედი ვაზოლიდატორები შესაძლოა ყველაზე სასარგებლო იყოს ჰიპერტენზიისა და ვაზოსპაზმის დროს, მკურნალი ექიმები მაინც ყურადღებით უნდა აკვირდებოდნენ პოტენციურ გვერდით ეფექტებს, მათ შორის, რეზისტენტულ ტაქიკარდიას და რეფლექსურ ტაქიკარდიას *(საშუალო სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

61. თუკი სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის მქონე პაციენტს აღენიშნება მწვავე ჰიპერტენზიული, გადაუდებელი გართულება, სერვისის მიმწოდებლებმა:

ა. უნდა გამოიყენონ ხანმოკლე მოქმედების აგენტები, როგორიცაა ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, ფენტოლამინი (ვაზოდილატატორი) ან დიჰიდროპირიდინი (კალციუმის არხების ბლოკერი) *(ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

ბ. თავი აარიდონ ხანგრძლივი მოქმედების ანტიჰიპერტენზიული წამლების გამოყენებას, რათა არ განვითარდეს მოულოდნელი ჰემოდინამიკური კოლაფსი *(ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*

გ. გამოიყენონ ნიტროგლიცერინი, თუკი პაციენტში გულის იშემიის ნიშნები ან სიმპტომები იჩენს თავს *(ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

მძიმე პრობლემები და გართულებები

რეკომენდაციები გულმკერდის ტკივილისთვის

62. სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისას გულმკერდის ტკივილის სამართავად, მკურნალ ექიმებს შეუძლიათ, გამოიყენონ გაბაერგული აგენტები (მაგ: ბენზოდიაზეპინები, ფენობარბიტალი, პროპოფოლი), გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მოცემულ მედიკამენტებს კლინიკური გართულებები მოჰყვება *(საშუალო სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია)*.

63. ალტერნატიული აგენტები (მაგ.: კალციუმის არხების ბლოკერები, ვაზოლიდატორები) ზოგადად გამოიყენება გულის იშემიის სამართავად

სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის მქონე პაციენტებში. თუმცა, თუკი ბეტა ბლოკერები სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის სამართავად არის დანიშნული, ექიმებმა უნდა განიხილონ ალფა-1 ანტაგონისტი მედიკამენტების პარალელური გამოყენებაც (მაგ.: კარვედილოლი, ლაბეტალოლი). თუკი სელექციური მოქმედების ბეტა ბლოკერი იქნა გამოყენებული იმ პაციენტისთვის, რომელსაც ამჟამად აქვს ინტოქსიკაცია ან წარსულში უფიქსირდება, უნდა განიხილონ კორონარული ვაზოლიდატორის გამოყენებაც (მაგ.: ნიტროგლიცერინი, კალციუმის არხების ბლოკერი). უფრო რთულ შემთხვევებში, საჭიროა კონსულტაცია კარდიოლოგსა და/ან სამედიცინო ტოქსიკოლოგთან (დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

64. სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც ამავდროულად გულმკერდის არეში ტკივილი აღენიშნებათ, პარალელურად უნდა შეფასდეს მწვავე კორონარული სინდრომის არსებობა და ასევე, სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისას გულმკერდის ტკივილის სხვა სავარაუდო მიზეზები (მაგ.: ფილტვისმიერი, ძვალკუნთოვანი). თუკი სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ნიშნები და სიმპტომები ნელდება, მაგრამ არ იკლებს გულმკერდის ტკივილი, საჭიროა მისი შეფასება და მკურნალობა არსებული ზრუნვის სტანდარტების შესაბამისად (საშუალო სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები QRS ინტერვალის გაფართოების შემთხვევაში

65. კოკაინს აქვს ანესთეზიის მსგავსი ეფექტები ნატრიუმის არხებზე, რასაც შეუძლია QRS ინტერვალის გაფართოების გამოწვევა და გულის შეკუმშვის დარღვევა ძლიერი ინტოქსიკაციის დროს. თუკი ეს სიმპტომები იდენტიფიცირებულ იქნა, ინტოქსიკაციის მკურნალობასთან ერთად საჭიროა ნატრიუმის ბიკარბონატის დანიშვნაც, რათა გაუმჯობესდეს გამტარიანობა და შეკუმშვის პროცესი; აღნიშნული ასევე გააუმჯობესებს მეტაბოლურ აციდოზს, არსებობის შემთხვევაში (მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები გულყრებთან დაკავშირებით

66. როდესაც სასწრაფო დახმარების ცენტრში პაციენტი გულყრებით ხვდება, რომელიც სტიმულატორების მოხმარებას მოყვა და თუკი გულყრების განვითარება ნივთიერების მოხმარებით ან აღკვეთით აიხსნება - არ არის საჭირო სრული ნევროლოგიური შემოწმების ჩატარება (კლინიკური კონსენსუსი, პირობითი რეკომენდაცია).

ა. როდესაც გულყრების ეტიოლოგია სტიმულატორების მოხმარებით სრულყოფილად ვერ აიხსნება, პაციენტის სრული შემოწმება და გულყრების

მართვა უნდა განხორციელდეს არსებული საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია).

67. სტიმულატორებით ინტოქსიკაციასთან დაკავშირებული გულყრების ან დამატებით მოხმარებულ ალკოჰოლთან ან სედაციურ სასუალებებთან დაკავშირებული გულყრების შემთხვევაში, გამოიყენებულ უნდა იყოს ბენზოდიაზეპინები (მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები მიღვენებისთვის

68. სერვისის მიმწოდებლებმა პაციენტებს უნდა ჩაუტარონ სკრინინგი სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის შესაფასებლად და მოტივაციური ინტერვიუების ან მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის დახმარებით ჩართონ ხანმოკლე ინტერვენციებში, რათა საჭიროების შემთხვევაში გამარტივდეს გადამისამართება (მაღიან დაბალი სარწმუნოება, პირობითი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები მეორადი და მესამეული პრევენციისათვის

სკრინინგის რეკომენდაციები

69. როდესაც ზოგადი ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებლები ახალგაზრდებსა და ზრდასრულებს ნივთიერებების სარისკო მოხმარებაზე აფასებენ, უნდა გაითვალისწინონ სტიმულატორების საზიანო მოხმარებაზე სკრინინგის ჩატარებაც (მათ შორის, არასამედიცინო ან არადანიშნულებისამებრ მოხმარება); (მაღიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

70. უნდა განხორციელდეს სტიმულატორების ავადმოხმარების უფრო ხშირი სკრინინგი იმ პაციენტებში, რომელთაც დანიშნული აქვთ ფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტები (მაღიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

71. სტიმულატორების ავადმოხმარების სკრინინგში დადებითი შედეგების მქონე პაციენტებისთვის:

ა. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა ჩაატარონ ფოკუსირებული კლინიკური გამოკვლევა და შეაგროვონ ანამნეზი, რათა შეფასდეს მოხმარების მეთოდსა და ნივთიერების ფორმასთან დაკავშირებული გართულებები და ჩატარდეს მკურნალობა ან გადამისამართდეს შესაბამის დაწესებულებაში (მაღიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

ბ. უნდა შეფასდეს ქვემოთ მოცემული ქცევითი მახასიათებლები, რათა მოხდეს ზიანის შემცირების სერვისისა და კონსულტირების რისკის განსაზღვრა:

i. სტიმულატორების მოხმარების სარისკო მახასიათებლები, მათ შორის:

1. მოხმარების სიხშირე და ოდენობა, მათ შორის „გადაბმით“ მოხმარება *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

2. სტიმულატორების მოხმარება მარტო ყოფნის დროს *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

3. ექიმის მიერ გამოწერილი მედიკამენტების და სხვა ნივთიერებების ერთდროული მოხმარება, განსაკუთრებით ოპიოიდების, ალკოჰოლისა და სხვა ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტების *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

4. ზედოზირების ისტორია *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

5. სტიმულატორების მოხმარებასთან დაკავშირებული ვიზიტების ისტორია სასწრაფო დახმარების დაწესებულებებსა და საავადმყოფოებში *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ii. მოხმარების მეთოდები, განსაკუთრებით ინექციური მოხმარება *(მაღალი დაბალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*

iii. სარისკო სქესობრივი ქცევა *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*;

გ. სერვისის მიმოწდებლებმა უნდა განიხილონ პაციენტებთან ერთად და მეტი ინფორმაცია მიიღონ შემდეგ საკითხებზე:

i. მათ მიერ სტიმულატორების მოხმარების კონტექსტი (მაგ: ქემსექსი⁷, წონის კლება, აკადემიური ან სამსახურეობრივი დავალებების შესრულების ხარისხი, სიფხიზლის შენარჩუნება); (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია),

ii. ტრავმა (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია),

iii. ინტიმურ პარტნიორთან დაკავშირებული ძალადობა (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია).

დ. მკურნალობის საწყის ეტაპზე უნდა ჩატარდეს თავდაპირველი ლაბორატორიული ტესტირება, რომელიც ეფუძნება რისკ-ფაქტორების კლინიკურ შეფასებას (იხილეთ შეფასება); (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია).

72. პაციენტები, რომლებიც რეცეპტით გამოწერილ სტიმულატორებს არასამედიცინო მიზნით მოიხმარენ, უნდა შეფასდნენ ADHD-ზე, რაც თავის მხრივ, შესაძლოა ცალკე მკურნალობას საჭიროებდეს (კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია).

სტიმულატორების სარისკო მოხმარების ადრეული პრევენციის რეკომენდაციები

სტიმულატორების სარისკო მოხმარების შემცირების ინტერვენციები

73. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა განიხილონ მოტივაციური ინტერვიუების ტექნიკებით თანმხლები მოკლე ინტერვენციების ჩატარება სტიმულატორების სარისკო მომხმარებელი პაციენტებისთვის, რათა დაეხმარონ მათ მოხმარების შემცირებაში ან შეწყვეტაში (ძალიან დაბალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია).

74. მომსახურების მიმწოდებლებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია სტიმულატორების მოხმარების რამდენიმე უნიკალურ მოტივატორზე და მზად

⁷ ქემსექსი განისაზღვრება, როგორც სქესობრივი კავშირი ნარკოტიკული საშუალებების (ძირითადად, სტიმულატორების) ზემოქმედების ქვეშ, ხშირად, ერთზე მეტ პარტნიორთან (ნარკოტიკების მიღება ხდება სქესობრივ კავშირამდე ან მის დროს).

იყვნენ ხანმოკლე ინტერვენციის ფარგლებში უსაფრთხო ალტერნატივების განხილვისა და შეთავაზებისათვის (მაგ., ქემსექსი, წონის კლება, აკადემიური ან სამსახურეობრივი დავალებების შესრულების ხარისხი, სიფხიზლის შენარჩუნება); *(კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ზიანის შემცირების რეკომენდაციები

განათლება ზიანის შემცირების მიზნით

75. სტიმულატორების სარისკო მომხმარებელ პაციენტებს სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა:

ა. შესთავაზონ საბაზისო ზიანის შემცირების განათლება, რომელიც უფრო უსაფრთხო მოხმარებას ეხება *(დაბალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*,

ბ. მოარგონ ზიანის შემცირების განათლება პაციენტის მიერ ნივთიერებების მოხმარების მახასიათებლებს (მაგ.: მოხმარების კონტექსტი, მიღების გზები, პრეპარატის ჯგუფი); *(დაბალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*,

გ. პაციენტის კლინიკური შეფასების საფუძველზე გადაამისამართონ შესაბამის ადგილობრივ ზიანის შემცირების სერვისებში *(დაბალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*

დ. შესთავაზონ ზიანის შემცირების განათლება ზედოზირების პრევენციასა და ზედოზირების მართვის შესახებ *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*,

ე. შესთავაზონ ზიანის შემცირების განათლება უსაფრთხო სქესობრივი ქცევის შესახებ *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

ზედოზირების პრევენცია და მართვა

76. იმ პაციენტებს, რომლებიც სტიმულატორებს მოიხმარენ არასამედიცინო მიზნით ან სოციალური ურთიერთობა აკავშირებთ მსგავს პირებთან, სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა დაუნიშნონ ზედოზირების მართვის მედიკამენტები (მაგ.: ნალოქსონი ოპიოიდური ინტოქსიკაციის/ზედოზირების დროს გამოსაყენებლად) ან გადაამისამართონ ისინი იმ დაწესებულებებში, სადაც მსგავსი მედიკამენტების მიღება შეეძლება *(მაღალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

77. სერვისის მიმწოდებლებმა პაციენტებს უნდა ურჩიონ ნივთიერებების სრულყოფილი ტესტირება შემადგენლობის განსაზღვრის მიზნით, მათ შორის ფენტანილის ჩხირების გამოყენება; *(საშუალო სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია)*.

78. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა გადაამისამართონ პაციენტები ადგილობრივ უსაფრთხო მოხმარების დაწესებულებებში, თუკი ეს შესაძლებელია (*საშუალო სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*).

უსაფრთხო სქესობრივი ქცევა და კონტრაცეპციის რეკომენდაციები

79. სარისკო სქესობრივი ქცევის მქონე პაციენტებს, სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა:

ა. შესთავაზონ ან გადაამისამართონ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ტესტირებაზე მინიმუმ ყოველ 3-6 თვეში ან ცალკეული პაციენტის რისკების მიხედვით უფრო ხშირად (*საშუალო სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*);

i. მიაწოდონ ინფორმაცია სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების შესაძლებლობის შესახებ, ასევე ადგილობრივი სერვისების შესახებ, სადაც პაციენტებს შეუძლიათ ტესტირების უფასოდ ან დაბალ ფასად ჩატარება (*საშუალო სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. გადაამისამართონ ფსიქოსოციალური სქესობრივი განათლების ან ზიანის შემცირების პროგრამაში, რომელიც აფასებს სარისკო სქესობრივ ქცევას ზიანის შემცირების ინტერვენციის ფარგლებში (*დაბალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*);

გ. შესთავაზონ კონდომები და ლუბრიკანტები ან ურჩიონ დაწესებულებები, სადაც მათი მიღება შეუძლიათ უფასოდ ან დაბალ ფასად (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

ინექციური მოხმარების რეკომენდაციები

80. სტიმულატორების ინექციურ მოხმარებლებს, სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა:

ა. თავად მიაწოდონ ინფორმაცია ან გაადამისამართონ ზიანის შემცირების განათლების პროგრამაში, რომელიც უსაფრთხო ინექციურ მოხმარებას ეხება და მოიცავს ინფორმაციას პაციენტისთვის სპეციფიკური სტიმულატორის ან პრეპარატის შესახებ (მაგ: მჟავების უსაფრთხო შერევა „კრეკის“ ინექციისთვის; *დაბალი სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*)

ბ. თავად მიაწოდონ ან გადაამისამართონ უსაფრთხო მოხმარების და საინექციო მასალების მიმწოდებელ ზიანის შემცირების სერვისებში (*საშუალო სარწმუნოობა, ძლიერი რეკომენდაცია*).

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ექსპოზიციამდელი პროფილაქტიკის რეკომენდაციები

81. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია აივ-ის ექსპოზიციამდელი პროფილაქტიკის შესახებ სტიმულატორების მომხმარებელ პაციენტებს, რომლებიც აივ-ის მაღალი რისკის ქვეშ არიან, მათ შორის:

ა. სარისკო სქესობრივი ქცევის მქონე პაციენტებს (*მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. პაციენტებს, რომლებიც რეგულარულად მიმართავენ ექსპოზიციის შემდგომ (პოსტკონტაქტურ) პროფილაქტიკას (*მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*);

გ. პაციენტებს, რომლებიც ინექციურად მოიხმარენ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს (*მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

პირის ღრუს ჯანმრთელობის რეკომენდაციები

82. სტიმულატორების მომხმარებლებს სტომატოლოგიური გართულებების მაღალი რისკი აქვთ, როგორცაა ცუდი თანკბილვა, კარიესი, ჩირქგროვები და არასაკმარისი კვება. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა:

ა. მოუწოდონ სტიმულატორების მომხმარებელ პაციენტებს პირის ღრუს სწორი ჰიგიენის დაცვისა და რეგულარული სტომატოლოგიური პროცედურების ჩატარებისკენ (*მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. საჭიროების შემთხვევაში, გადაამისამართონ პაციენტები სტომატოლოგიურ კლინიკებში (*მაღალი სარწმუნოება, ძლიერი რეკომენდაცია*).

კვებითი რეკომენდაციები

83. სტიმულატორების მომხმარებელ პაციენტებს ხშირად ახასიათებთ მადის შემცირება და დიდი ხნის განმავლობაში არ იკვებებიან საკმარისად, რაც მათ კვებითი დეფიციტის მაღალი რისკის ქვეშ აყენებს, როგორცაა არასაკმარისი კვება, კახექსია და შედეგად სპეციფიკური ვიტამინების დეფიციტი. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა:

ა. გაუწიონ კონსულტირება დიეტაზე, კვებასა და უსაფრთხო კვებაზე (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*);

ბ. მოუწოდონ სტიმულატორების მომხმარებელ პაციენტებს ჯანსაღი საკვების მიღებისკენ (*კლინიკური კონსენსუსი, ძლიერი რეკომენდაცია*).

სამკურნალო გარემოს მახასიათებლები

სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ან აღკვეთის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მკურნალობა უნდა ხორციელდებოდეს იმ გარემოში, რომელიც

ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის სინდრომის მოსალოდნელი სიმძიმისა და გართულებების მართვის საჭიროებებს პასუხობს. მკურნალობის საჭიროებები დგინდება რიგი დინამიკური ფაქტორების მეშვეობით, რაც გულისხმობს იმას, რომ ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის მდგომარეობის კურსის განმავლობაში ეს ფაქტორები შესაძლოა შეიცვალოს. სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მკურნალობა მონოპროფილურ სპეციალიზებულ კლინიკაშიც არის შესაძლებელი, თუკი სასწრაფო ინტერვენციების საჭიროება არ დადგება. ჩვეულებრივ, კლინიკური მაჩვენებლები, რომლებიც გადაუდებელ სამედიცინო მკურნალობას საჭიროებს, მოიცავს სხეულის მაღალ ტემპერატურას, გულყრებს, გულმკერდის არეში ტკივილს, ფსიქოზსა და სუიციდურობას. სტიმულატორების მწვავე ინტოქსიკაციის მქონე ზოგიერთი პაციენტის მდგომარეობის მართვა უსაფრთხოდ არის შესაძლებელი ზოგადი პროფილის კლინიკებშიც, თუ:

ა. პაციენტი მკურნალობაზე თანხმობას აცხადებს

ბ. პაციენტი რეაგირებს ინტერვენციებზე (მაგ.: ვერბალური და არავერბალური დეესკალაციის სტრატეგიებზე, მედიკამენტებზე), რომლებიც ტარდება კლინიკურ გარემოში

გ. პაციენტის ჰიპერადრენერგული სიმპტომების სიმწვავე არ არის საშუალოზე მაღალი ან პაციენტი რეაგირებს მედიკამენტებზე

დ. მკურნალ ექიმებს აქვთ შესაძლებლობა:

- i. შეაფასონ სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის მწვავე სიმპტომები და გართულებები
- ii. აკონტროლონ სასიცოცხლო ნიშნები
- iii. შეაფასონ და აკონტროლონ სუიციდური მიდრეკილებები
- iv. აკონტროლონ ინტოქსიკაციის სიმპტომების ან ნიშნების გაუარესება და სტიმულატორებით ინტოქსიკაციასთან ასოცირებული სასწრაფო გართულებები
- v. უზრუნველყონ ადეკვატური ჰიდრატაცია
- vi. უზრუნველყონ გარემო სტიმულების დაბალი დონე
- vii. მართონ სტიმულატორების მოხმარების განახლების რისკი
- viii. როგორც აღინიშნა, შეათანხმონ კლინიკური ტესტირებები.

ზოგიერთი პაციენტის მკურნალობა მრავალპროფილიან, შესაბამისი აღჭურვილობის მქონე კლინიკურ გარემოში უნდა განხორციელდეს, რადგანაც

ინტენსიურ მონიტორინგსა და ისეთ გარემოს საჭიროებენ, რომელსაც აქვს ცვალებადი კლინიკური მახასიათებლების მართვის შესაძლებლობა. თანმხლები კლინიკური ან ფსიქიატრიული პრობლემები შესაძლოა მნიშვნელოვნად გამწვავდეს სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის ან ალკვითის მდგომარეობის შედეგად. ოპიოიდებით, ალკოჰოლით ან სხვა სედაციური საშუალებებით ინტოქსიკაციას შეუძლია არაპროგნოზირებადი გავლენა იქონიოს ინტოქსიკაციის ხანგრძლივობაზე, სიმძიმესა და მწვავე ეფექტებზე. იმ პაციენტებზე, რომლებსაც სტიმულატორები აქვთ მიღებული ან შეფუთული სახით სხეულში აქვთ მოთავსებული (კუჭი, საშო, სწორი ნაწლავი), დაკვირვება უნდა მოხდეს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს წვდომა სასწრაფო მკურნალობაზე, რადგანაც რთულია მოხმარებული ნივთიერების რაოდენობის განსაზღვრა, შეფუთვის ხარისხი და ექსპოზიციის რისკი.

შესაბამისი სამკურნალო დაწესებულება საშუალებას იძლევა, შეფასდეს პაციენტის გადაუდებელი პრობლემები და გართულებები, განხორციელდეს მწვავე ინტოქსიკაციის ალბათობის სკრინინგი, განხორციელდეს მონიტორინგი ინტოქსიკაციის სინდრომზე და ჩატარდეს შესაბამისი კლინიკური ინტერვენციები. თუკი რომელიმე ზემოთ ჩამოთვლილი შეუძლებელია შესრულდეს არსებულ გარემოში, პაციენტის აგზნების დონის ან კადრების შესაძლებლობების და/ან რესურსების შეზღუდვების გამო, უნდა მოხდეს პაციენტის გადაყვანა ინტენსიური მოვლის და შესაფერისი შესაძლებლობების მქონე კლინიკურ დაწესებულებაში. თუმცა, გადაყვანაც მოიცავს გარკვეულ რისკებს, შესაძლოა პაციენტმა სხვა კლინიკაში მკურნალობას არჩიოს მკურნალობის სრულად მიტოვება.

აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების გამოვლენისთვის საჭირო სკრინინგ ინსტრუმენტები?
2. არის თუ არა სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მკურნალობის პროცესი/სტანდარტი დაფუძნებული საერთაშორისო, ეროვნულ გაიდლაინზე ან პროტოკოლზე.
3. ჩატარებული აქვს თუ არა დაწესებულების ექიმებსა და ექთნებს სწავლება გაიდლაინის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ?
4. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში პაციენტთა განგრძობადი მეთვალყურეობის სისტემა?

5. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა სხვა დაწესებულებაში გადამისამართების სისტემა?

პროცესის აუდიტი

1. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი თანმხლები ფსიქიკური დარღვევების გამოსავლენად
2. პაციენტთა რაოდენობა, ვინც გადამისამართდა სხვა დაწესებულებაში
3. პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც იღებენ დაწესებულებისგან განგრძობად მოვლას (მიდევნებას)

გამოსავლის აუდიტი

1. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში პირველად დაესვა სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების დიაგნოზი
2. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაუტარდათ შესაბამისი მკურნალობა
3. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც გადამისამართდა, მაგრამ შემდეგ დაბრუნდა მკურნალობის გასაგრძელებლად
4. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც შეწყვიტეს მკურნალობა (ვერ ხერხდება განგრძობადი მიდევნება).

დანართი 1. მედიკამენტები სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის მართვისთვის

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში არსებული ინფორმაცია გათვლილია სხვადასხვა კლინიკურ გარემოში სტიმულატორებით ინტოქსიკაციის მართვაზე. მედიკამენტი, დოზირება (მათ შორის საწყისი და შემდგომი დოზირება) და მიღების გზები უნდა განისაზღვროს პაციენტის ნიშნებისა და სიმპტომების შესაბამისად, ინტოქსიკაციის ხარისხის, ზრუნვის დონის საჭიროებისა და კლინიკურ გარემოში არსებული რესურსების გათვალისწინებით. ქვემოთ მოცემული არ ასახავს სრულყოფილ ინფორმაციას, თუმცა წარმოაჩენს დოკუმენტში განხილული მედიკამენტების მაგალითებს.

ჯგუფი	მექანიზმი	დოზირების მაგალითი	სიმპტომები	სხვა საყურადღებო ინფორმაცია
სედატივები				
ბენზოდიაზეპინები (საწყისი მკურნალობა)	გაბა-ერგული	თავდაპირველი დოზირება: ლორაზეპამი 1-2მგ ინტრავენურად, დამოკიდებულია კლინიკურ სიმპტომებსა და ნიშნებზე და ეფექტების ხანგრძლივობაზე დიაზეპამი 5-10მგ ორალურად უფრო ნაკლებად მძიმე სიმპტომებისთვის, დამოკიდებულია პაციენტის მახასიათებლებზე მძიმე აგზნებისას ზრდასრულ პაციენტებში	აგზნების სიმპტომები შფოთვა/აგზნება ნეიროკუნთოვანი აგზნება გულყრები	პარენტერალური vs. ორალური მიღება დამოკიდებულია სიმპტომებისა და ნიშნების სიმძიმესა და ნივთიერების ხელმისაწვდომობაზე (მაგ., პარენტერალური ბენზოდიაზეპინების უქონლობა). კუნთში შეყვანა გამოიყენება აგზნებული პაციენტებისათვის, როდესაც ინტრავენური ინექცია ვერ ხერხდება. ინტრამუსკულურად შეყვანილ ლორაზეპამს აქვს ძალიან ნელი მოქმედება (15-30 წუთი) მიდაზოლამს აქვს სწრაფი მოქმედება ინტრავენური შეყვანისას, რაც ტიტრაციის საშუალებას იძლევა, და აქვს შედარებით სწრაფი მოქმედება კუნთში შეყვანისას

		გამოიყენება მიდაზოლამი 5მგ ინტრამუსკულურად ან 0.01-0.05მგ/კგ-ზე ინტრავენურად განმეორებითი დოზირების სიხშირე და დოზა დამოკიდებული უნდა იყოს საწყისი დოზის კლინიკური ეფექტების ხარისხსა და ხანგრძლივობაზე		ფსიქოზური სიმპტომატიკის დროს მკურნალობაში უნდა ჩავრთოთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები
ფენობარბიტალი	გაბა-ერგული	დამატებით 130-260 მგ პარენტერალურად/ინტრავენურად/ორალურად, დამოკიდებულია პაციენტის პარამეტრებზე დატვირთვის სტრატეგია (მაგ: 5-10 მგ/კგ-ზე) ტიტრაცია კლინიკურ ეფექტებზე დაფუძნებით	როცა ბენზოდიაზეპინები არ არის ხელმისაწვდომი ან მძიმე სიმპტომიმიმეტური ინტოქსიკაციისას გვერდითი ეფექტების გამო პაციენტი არ რეაგირებს ბენზოდიაზეპინების გაზრდილ დოზებზე	მაღალი ორალური ბიოშედქვეცდობა; ორალური დოზირება შესაძლოა იყოს პარენტერალური დოზირების ტოლი მიუხედავად იმისა, რომ ორალურად მიღებული მედიკამენტის მოქმედების დაწყება ინტრავენურ მიღებასთან შედარებით ნელია, მაინც უფრო სწრაფია სხვა ორალურად მისაღებ მედიკამენტებთან შედარებით
პროპოფოლი	გაბა-ერგული +NMDA რეცეპტორის ანტაგონი სტი	10-50 მგ/კგ/წთ, დამოკიდებულია პაციენტის პარამეტრებსა და სიმპტომებზე	ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში მყოფი კრიტიკულად მძიმე პაციენტებისათვის მწვავე სიმპტომიმიმეტური ინტოქსიკაცია, რომელიც არ რეაგირებს სხვა აგენტებზე	პაციენტებს შესაძლოა დაენიშნოთ ბენზოდიაზეპინები, ფენობარბიტალი და პროპოფოლი ერთდროულად პროპოფოლის მისაღებად, თითქმის ყველა შემთხვევაში, საჭიროა ინტუბაცია
სიმფატოლიზური საშუალებები				

კლონიდინი	ალფა-2 ადრენორეცეპტორების აგონისტი +/- სხვა	როგორც წესი, 0.1-0.2 მგ პერორალურად ყოველ 4 საათში	შფოთვისას	ეფექტურია მედიკამენტი ბენზოდიაზეპინებთან ერთად გამოყენებისას ორგანიზმს უნარჩუნებს ჰიდრატაციას, რათა მოხდეს ორთოსტატიკური სიმპტომების პრევენცია
დექსმედეტომიდინი	ალფა-2 ადრენორეცეპტორების აგონისტი	იწყება 0.2-0.4 მკ/კგ/სთ და ყოველ 30 წუთში დოზის ზრდა მაქსიმუმ 15 მკ/კგ/სთ-ზე	გადაუდებელი ან ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში მყოფი კრიტიკულად მძიმე პაციენტებისათვის, როგორც საწყისი ან მეორადი სედაციური მედიკამენტი	ეფექტურია მედიკამენტი ბენზოდიაზეპინებთან ან სხვა სედატივებთან ერთად გამოყენებისას ეფექტები ჩვეულებრივ 30-60 წუთში იწყება სედაცია ვითარდება სუნთქვითი გართულებების გარეშე
ანტიფსიქოზურები				
ბუტიროფენონი (მე-2 თაობა)	დოფამინის ანტაგონისტი	ჰალოპერიდოლი ან დროპერიდოლი 5მგ კუნთში შეყვანით	მწვავე აგზნება ფსიქოზთან ერთად აგზნება, რომელიც არ რეაგირებს ბენზოდიაზეპინების გამოყენებაზე ტოქსიკური ფსიქოზი	ატიპური ან ახალი თაობის ანტიფსიქოზურები განიხილება როგორც ალტერნატივა გახანგრძლივებული QT ინტერვალის რისკი
ატიპური	დოფამინის ანტაგონისტი +/- სხვა	ოლანაპინი 5მგ პერორალურად ქვეტიაპინი 50-100 მგ	აგზნება ან შფოთვა ფსიქოზურ სიმპტომებთან ერთად	გახანგრძლივებული QT ინტერვალის რისკი ოლანაპინის შემთხვევაში, სიმპტომების

		პერორალურად დამით	სტიმულატორე ბით გამოწვეული ფსიქოზი	დონე განსაზღვრავს მისი ადმინისტრირების გზას, პერორალური თუ კუნთში შეყვანა
			სტიმულატორე ბით გამოწვეული ძილის დარღვევები	
სხვები				
კეტამინი	NMD A (ნ- მეთილ დ- ასპარტატ ი) რეცეპტო რის ანტაგონი სტი	1-5 მგ/კგ კუნთში შეყვანით, დამოკიდებულია აგზნების ხარისხზე	მწვავე აგზნებისას, როგორც პირველადი ან მეორადი აგენტი	ინტრამუსკულურად სწრაფად მოქმედებს სხვა აგენტებთან შედარებით

დანართი 2. წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის მიდგომის გამოყენება

წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვას მყარი სამეცნიერო საფუძველი აქვს ზოგადად ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მკურნალობაში და, განსაკუთრებით, სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობებში. თუმცა, ყველა სერვისის მიმწოდებელმა არ იცის ან არ არის გადამზადებული ამ მიმართულებით, შესაბამისად, არ აქვს წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის მოდელის იმპლემენტაციისთვის საჭირო ცოდნაც. ამ მიდგომის განხილვა მოცემული სახელმძღვანელოს ფარგლებს სცდება, თუმცა ქვემოთ მოცემული ჩამონათვალი ძირითად და მნიშვნელოვან ინფორმაციას მოიცავს, რაც სპეციალისტებს დაეხმარება, უფრო მეტი გაიგონ ამ მოდელის გამოყენების შესახებ. მოულოდნელი გარემოებების მართვა ქცევის ცვლილებისათვის იყენებს სტიმულის კონტროლს და პოზიტიურ განმტკიცებას. როდესაც პაციენტები სტიმულატორების მოხმარებას აკონტროლებენ ანუ მათი შარდის ტესტი სტიმულატორებზე უარყოფითია, ამ ქცევისთვის მათი წახალისება ხდება პოზიტიური წამქეზებით - ჯილდოთი (მაგ., ფული). ასეთი სტიმულირების ძირითადი მიზანია, შენარჩუნდეს სტიმულატორებზე შარდის ანალიზის უარყოფითი შედეგი.

- ჯილდო (წამახალისებელი) შეიძლება იყოს ვაუჩერების, ქულების ან ტალონების სახით, რომლებიც შესაძლოა გადაიცვალოს ფულში, პრიზებში ან პრივილეგიებში (მაგალითად, ოპიოიდების ჩანაცვლებით პროგრამაში მეთადონის დოზების სახლში გატანება).
- ჯილდო შესაძლებელია გაიცეს რეგულარულად (ფიქსირებული განრიგი), მაგალითად, ყოველთვის, როდესაც პაციენტი სამიზნე ქცევას ახორციელებს (მაგ., ნივთიერებებისგან თავშეკავება, რასაც შარდის ტესტი ადასტურებს) ან პერიოდულად (ცვლადი განრიგი; Kirby et al., 2016).
- ჯილდო (წამახალისებელი) შესაძლოა გაიცეს ზრდადი განრიგით, რაც გულისხმობს ჯილდოს ოდენობის თანდათან ზრდას ყოველ ჯერზე, როდესაც სამიზნე ქცევა განხორციელდება. თუკი სამიზნე ქცევა არ იქნა მიღწეული, ჯილდოს ოდენობა უბრუნდება საწყის დონეს და ზრდადი განრიგის ათვლა თავიდან იწყება.
- “აკვარიუმის” პროცედურა შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ცვლადი განრიგით ჯილდოების გასაცემად. ამ მიდგომის მიხედვით, პატარა ფურცლის ზოლები თავსდება კონტეინერში (“აკვარიუმში”) და ნახევარი შეიცავს ჯილდოს, ხოლო მეორე ნახევარზე მოცემულია განმამტკიცებელი დებულებები, მაგალითად „ყოჩაღ!“. ეს მიდგომა პაციენტებს უზღუდავს

შესაძლებლობას, გამოიცნონ როდის მიიღებენ (და როდის არ მიიღებენ) ჯილდოს.

- ზოგიერთი კვლევა ადასტურებს, რომ ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტები უკეთეს შედეგებს აღწევენ წახალისების მეთოდით გარემოებების მართვის იმ მიდგომაში, რომელიც იყენებს როგორც დაუყოვნებლივი, ასევე დაგვიანებული წახალისების მექანიზმებს; როდესაც პაციენტებს აქვთ საშუალება, მიიღონ ჯილდო სამიზნე ქცევის განხორციელებისთანავე, მაგრამ ამასთანავე აქვთ შესაძლებლობა მომავალში უფრო დიდი ჯილდოს მიღების, რომელსაც სამიზნე ქცევის განმტკიცების შემთხვევაში დაეუფლებიან.
- დამატებით, ზოგიერთი კვლევა ადასტურებს, რომ ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პაციენტები უკეთეს შედეგებს აღწევენ კონკრეტული ჯილდოების მიღების შემთხვევაში, როგორიცაა პრიზი ან ფული - განსხვავებით ვაუჩერის ან ტალონისა, რომელიც უფრო აბსტრაქტული სახის სტიმულია და თავად არ აქვს ღირებულება.
- სამიზნე ქცევების შესანარჩუნების ხელშესაწყობად, რაც უფრო დიდი ხანი ინარჩუნებს პაციენტი სამიზნე ქცევას, როგორიცაა სიფხიზლის შენარჩუნება, მით უფრო მაღალი უნდა იყოს ჯილდოს ოდენობაც. მაგალითად, პაციენტს შეუძლია, მიიღოს მეტი პრიზი აკვარიუმიდან, სტიმულატორებზე შარდის ტესტის ზედიზედ რამოდენმე უარყოფითი შედეგის შემდეგ.
- სერვისის მიმწოდებლებს შეუძლიათ, პაციენტებთან ერთად განსაზღვრონ ჯილდოების გაცემის განრიგი, როგორიცაა დაუყოვნებლივ თუ რაღაც პერიოდის შემდეგ (მაგალითად, ვაუჩერების მიცემა, რომელთა გადაცვლაც დაუყოვნებლივ არის შესაძლებელი ან რომელთა გადაცვლაც კვირის ბოლოს არის შესაძლებელი).

გამოყენებული ლიტერატურა

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5)*.
- American Society of Addiction Medicine. (2023). *The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder*. https://www.aaap.org/wp-content/uploads/2023/11/stud_guideline_document_final.pdf
- Bramness, J. G., Gundersen Ø, H., Guterstam, J., Rognli, E. B., Konstenius, M., Løberg, E. M., Medhus, S., Tanum, L., & Franck, J. (2012). Amphetamine-induced psychosis--a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? *BMC Psychiatry*, 12, 221. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-221>
- Bramness, J. G., & Rognli, E. B. (2016). Psychosis induced by amphetamines. *Current opinion in psychiatry*, 29(4), 236-241. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000254>
- Deng, X., Huang, Z., Li, X., Li, Y., Wang, Y., Wu, D., Gao, B., & Yang, X. (2012). Long-term follow-up of patients treated for psychotic symptoms that persist after stopping illicit drug use. *Shanghai Arch Psychiatry*, 24(5), 271-278. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2012.05.004>
- European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *Stimulants: health and social responses*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/stimulants-health-and-social-responses_en
- Fluyau, D., Mitra, P., & Lorthe, K. (2019). Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review. *Front Psychiatry*, 10, 740. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00740>
- Glasner-Edwards, S., & Mooney, L. J. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 28(12), 1115-1126. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0209-8>
- Health Research Union. (2022). *Integrated Bio-Behavioral Surveillance Survey among People Who Inject Drugs*.
- Henning, A., Kurtom, M., & Espiridion, E. D. (2019). A Case Study of Acute Stimulant-induced Psychosis. *Cureus*, 11(2), e4126. <https://doi.org/10.7759/cureus.4126>

- Lecomte, T., Dumais, A., Dugré, J. R., & Potvin, S. (2018). The prevalence of substance-induced psychotic disorder in methamphetamine misusers: A meta-analysis. *Psychiatry Res*, 268, 189-192. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.033>
- McKetin, R. (2018). Methamphetamine psychosis: insights from the past. *Addiction*, 113(8), 1522-1527. <https://doi.org/10.1111/add.14170>
- Subeliani, D., Otiashvili, D., Kutelia, L., Beselia, A., Mgebrishvili, T., Vardanashvili, I., & Kirtadze, I. (2020). Patterns of use of new psychoactive substances and perceived benefits and negative effects: results of online survey in Georgia (country). *Journal of Substance Use*, 25(3), 324-329. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1692927>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Treatment of Stimulant Use Disorders* (EVIDENCE-BASED RESOURCE GUIDE SERIES, TIP 33, Issue).
- UNODC. (2019). *TREATMENT OF STIMULANT USE DISORDERS: CURRENT PRACTICES AND PROMISING PERSPECTIVES*. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf
- UNODC. (2024). *World Drug Report 2024*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>